

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Studijní obor: Ošetřovatelství 5341R003



Jana Suchá

Ošetřovatelská kazuistika pacienta s diagnózou Hodgkinův lymfom

Autologní transplantace kmenových buněk

Nursing Case Study of Patient with Hodgkin Lymphoma Diagnosis

Autologous stem cell transplantation

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce:

PhDr. Hana Horová

.. / .. /

Praha, 2010

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním repozitáři Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze

Souhlasím

V Praze, 17. 5. 2010

Jana Suchá

Poděkování:

Upřímně děkuji vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Haně Horové za odborné vedení, spolupráci, trpělivost a ochotný přístup. Její cenné rady a podněty jsou pro mne velkým přínosem.

Děkuji zdravotnickému personálu Hematologické kliniky Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, který mi umožnil absolvovat ošetrovatelskou praxi nutnou k napsání této práce. Jmenovitě děkuji panu MUDr. Janu Vydrovi za odborné konzultace a spolupráci při tvorbě klinické části. Zvláštní poděkování patří i mé rodině a blízkým za podporu při studiu.

Identifikační záznam:

SUCHÁ, Jana. *Ošetrovateľská kazuistika pacienta s diagnózou Hodgkinův lymfom [Nursing Case Study of Patient with Hodgkin Lymphoma Diagnosis]*. Praha, 2010. 60 s., 10 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Horová, Hana.

Abstrakt

Obsahem této práce je zpracování ošetrovateľské kazuistiky u pacienta s diagnózou Hodgkinův lymfom.

Klinická část zachycuje problematiku daného onemocnění, včetně diagnostiky, léčby a prognózy. Zde se zaměřuji na transplantaci periferních kmenových buněk, její historii, podstatu léčby a komplikace.

Podstatný díl práce tvoří ošetrovateľská část. Zde jsou identifikovány a řešeny problémy pacienta a průběh léčby na transplantační jednotce.

Cílem práce je upozornit na problematiku ošetrovateľské péče u pacientů po transplantaci kmenových buněk, a přispět tak ke zlepšení úrovně poskytované péče.

Klíčová slova:

Hodgkinův lymfom

Autologní transplantace

Periferní kmenové buňky

Ošetrovateľská kazuistika

Ošetrovateľská péče

Abstract

The content of this thesis is elaboration of a nursing case study for a patient with the Hodgkin lymphoma diagnosis.

The clinical section involves the disease description including diagnostics, treatment and prognosis. Focus is given to transplantation of peripheral stem cells, its history, the treatment principle and complications.

The substantial part of the thesis is devoted to nursing care. In this part the patient disorders are identified and treated as well as the course of treatment in the transplant unit is described.

The aim of the thesis is to draw attention to the issues of nursing care for patients after stem cell transplantation, and to contribute to the improvement of the care provided.

Keywords:

Hodgkin Lymphoma

Autologus Transplantation

Peripheral Stem Cells

Nursing Case Study

Nursing Care

Obsah

A	Úvod.....	7
B	Klinická část	8
1	Charakteristika onemocnění.....	8
1.1	Hodgkinův lymfom.....	8
1.2	Historie Hodgkinovy choroby	8
1.3	Etiopatogeneze	9
1.4	Epidemiologie	9
1.5	Klinické projevy.....	9
1.6	Diagnostika	10
1.7	Prognóza	11
1.8	Léčba.....	11
1.9	Transplantace krvetvorných buněk	11
2	Identifikační údaje	16
3	Lékařská anamnéza a lékařské diagnózy	17
3.1	Lékařská anamnéza	17
3.2	Lékařské diagnózy	18
4	Diagnostická část	20
4.1	Objektivní nález	18
4.2	Fyziologické funkce a antropometrické údaje	20
4.3	Laboratorní vyšetření	21
4.4	Další diagnostická vyšetření	22
5	Terapeutická péče	23
5.1	Farmakoterapie	23
5.2	Dietoterapie.....	24
5.3	Pohybový režim	24
6	Průběh hospitalizace	24
C	Ošetrovatelská část	25
7	Ošetrovatelská anamnéza a současný zdravotní stav pacienta	25
7.1	Subjektivní náhled pacienta na hospitalizaci	25
7.2	Hodnocení sestrou.....	26
7.3	Základní fyziologické potřeby	26
7.4	Psychosociální potřeby	36
8	Ošetrovatelské diagnózy	39
9	Cíle, plány, intervence, hodnocení.....	41
D	Edukace.....	55
E	Ošetrovatelský závěr a prognóza	57
F	Seznam použité literatury	58
G	Seznam zkratk	59
H	Přílohy.....	60

A Úvod

Existuje několik desítek druhů lymfomů. Hodgkinův lymfom patří mezi zhoubná nádorová onemocnění, který se díky současným lékařským poznatkům stal ve většině případů vyléčitelný, a to i v pokročilých stádiích.

Základní léčbou je podání chemoterapie. U některých nemocných však může dojít k relapsu. V tom případě je nutné podání vysokých dávek chemoterapie s následnou transplantací periferních kmenových buněk.

V průběhu hospitalizace pacienti procházejí obdobím, které je provázeno širokou škálou nežádoucích účinků chemoterapie a následné imunosuprese, kdy je nemocný velice náchylný na vznik infekcí jakýchkoliv orgánových soustav. V průběhu léčby se mění i psychická odezva a osobní nasazení pacienta. V této době je pacient nejvíce závislý na ošetrovatelské péči zdravotnického personálu.

Pro svou závěrečnou práci jsem zvolila problematiku ošetrovatelské péče u pacienta s hemato-onkologickým onemocněním – muž, 24 let, diagnóza Hodgkinův lymfom. Téma jsem volila proto, že jsem se této problematice věnovala rok, kdy jsem pracovala na oddělení klinické hematologie ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady.

Cílem mé bakalářské práce je upozornit na problematiku ošetrovatelské péče u pacientů po transplantaci kmenových buněk. Dále prohloubení znalostí v oblasti této problematiky, osvojení si komunikace a práce s pacienty a pokusit se přispět ke zlepšení úrovně poskytované péče.

Práci jsem zpracovala se souhlasem pacienta.

B Klinická část

1 Charakteristika onemocnění

Lymfomy jsou nádory vycházející z nekontrolovaného bujení lymfatických buněk, které jsou za normálních okolností zodpovědné za imunitu. Postihují nejen lymfatické uzliny, ale i kterékoliv jiné orgány.

Lymfomy jsou velice pestrá skupinou nádorů. Nízce maligní (indolentní) lymfomy se vyznačují pozvolným průběhem, který pacienta akutně neohrožuje na životě. Ve svém letitém průběhu ale vyžadují opakované série léčby při opakovaných recidivách nádoru. Obvykle je lze vyléčit pouze alogenní transplantací krvetvorných buněk. Vysoce maligní agresivní lymfomy ohrožují život neléčeného pacienta v průběhu několika týdnů nebo měsíců. Při dostatečně intenzivní léčbě zřetelně ustupují a může dojít k jejich úplnému vyléčení i bez transplantace.

Základem úspěchu je přesná diagnostika umožňující zařazení a pojmenování lymfomu, správně zvolená léčba zahrnující chemoterapii, imunoterapii, aktinoterapii a v některých případech i transplantaci krvetvorných buněk. (Vokurka, 2008)

1.1 Hodgkinův lymfom

Hodgkinův lymfom (lymfogranulom) je onemocnění, které postihuje spíše mladé pacienty (okolo 20 let věku). Vyznačuje se vysokým počtem pacientů s kompletní remisí a dlouhodobým přežitím bez recidivy. Tato nemoc se odlišuje od ostatních lymfomů vyšší citlivostí na léčbu a vyšším počtem vyléčených osob i při generalizovaném postižení těla. (Adam, 2008)

1.2 Historie Hodgkinovy choroby

Označení „Hodgkinova choroba“ vzniklo na počest sira Thomase Hodgkina. Ten jako první na světě v roce 1832 publikoval práci o onemocnění lymfatických uzlin. Na přelomu 19. a 20. století popsal nádorové buňky u Hodgkinova lymfomu jako první profesor Karl Sterberg. Hodgkinova choroba zůstávala po dlouhá léta smrtelnou chorobou. Zlom v léčbě zaznamenal přelom 60. a 70. let minulého století, kdy se začalo léčit kombinací chemoterapeutik. V té době vznikly léčebné režimy, které se v různých modifikacích používají dodnes. (Šmardová, 2002)

1.3 Etiopatogeneze

Podstatou nemoci jsou maligní Hodgkinovy buňky a Reedové-Sternbergovy buňky (dále H-RS buňky) vznikající z postgermálních B-lymfocytů, které unikly apoptóze. Typickým povrchovým znakem H-RS buněk je antigen CD30.

V současné době je přijata dvojzásahová teorie vzniku nemoci. První zásah způsobí, že lymfatická buňka určitého stupně diferenciace unikne plánované buněčné smrti (apoptóze) a dlouhodobě přežívá v lymfatické uzlině. Druhý zásah tuto buňku předurčí na dráhu Hodgkinovy choroby. Asi v 50% případů se na úniku z apoptózy podílí virus Epstein-Barrové (EB).

Po této prvotní onkogenní změně následují další, které nakonec vedou k malignizaci buňky. Tyto maligní buňky pak produkují četné cytokiny ovlivňující lokálně imunitní reakce tak, že kolem Reedové-Sternbergových buněk vzniká zánětlivý infiltrát, který umožňuje další proliferaci a diseminaci. Poměr maligních buněk k nemaligním zánětlivým buňkám může být kolem 1:100. (Adam, 2008)

Nádorové onemocnění částečně patří k psychosomatickým chorobám. V anamnéze pacienta se mohou objevit těžké stresové situace, které oslabí jeho organismus a mohou zapříčinit vznik nemoci.

1.4 Epidemiologie

Hodgkinova nemoc tvoří 0,5% všech malignit. Incidence Hodgkinovy nemoci je 2,4/ 100 000 u žen, 3,1/ 100 000 u mužů. Typická je vysoká incidence u mladých osob ve věku 20 let, a pak u starších jedinců kolem 50-60 let. (Vokurka, 2008)

1.5 Klinické projevy

V případě postižení nízké maligním lymfomem může onemocnění probíhat velmi pomalu, měsíce i roky. Agresivní typy lymfomů se svými příznaky projevují velmi rychle - během pár týdnů nebo dní.

Obtíže, které obvykle přivedou nemocného k lékaři, často připomínají infekční či zánětlivé nemoci nebo jiné nádorové onemocnění. (Vokurka, 2008)

Pacienti si stěžují na pocit snížené výkonnosti. Asi třetina jich má horečky neinfekčního původu, noční pocení a úbytek hmotnosti (tzv. B-symptomy). Kromě těchto klasických B-symptomů může nemoc způsobovat difúzní svědění kůže.

U většiny onemocnění jsou prvním příznakem zvětšené uzliny (viz příloha č. 1). Nejčastější lokalizací je oblast krku, mediastinum, axila, inguinální krajina a břicho.

Zpravidla se uzliny postupně zvětšují, mohou i dočasně regenerovat. Zvětšené lymfatické uzliny jsou většinou nebolestivé, konzistence „tuhé gumy“. V pokročilých stádiích dochází k postižení sleziny, jater, kostní dřeně, kostí nebo plic. Méně častou orgánovou manifestací je trávicí ústrojí a kůže. (Anděl, 2001)

Dále může pacient pozorovat příznaky jako pocit plnosti břicha, tlaky nebo bolesti při paketech uzlin nebo splenomegálii. Může být přítomno mnoho jiných obtíží daných tím, že lymfom utlačuje okolní orgány, cévy a nervy. Velký lymfom v dutině hrudní se může projevovat drážděním ke kašli, dušností, otokem krku, obličeje a rukou. Tlak lymfomu na žíly a nervstvo v hloubce dutiny břišní a pánvi se může projevovat bolestmi v postižené oblasti a otoky dolních končetin. (Vokurka, 2008)

V typickém případě bývá Hodgkinův lymfom provázán zvýšenou sedimentací erytrocytů, může být zvýšená hodnota CRP, bývá mírná leukocytóza s neutrofilii, zvýšený může být počet eozinofilů a dochází ke vzestupu fibrinogenu. (Adam, 2008)

1.6 Diagnostika

U pacienta s podezřením na lymfom se provádí trepanobiopsie kostní dřeně či biopsie jiné postižené tkáně. Odebírá se zvětšená uzlina nebo část paketu uzlin a vzorek je vyšetřen histologicky (tvar a uspořádání buněk), imunohistologicky, geneticky a průtokovou cytometrií s detekcí charakteristických znaků na povrchu nádorové buňky. To umožní přesně stanovit diagnózu a podtyp lymfomu. Dalším úkolem je stanovit rozsah onemocnění (tzv. staging). Pro potvrzení diagnózy je třeba detekovat H-RS buňky v histologickém vzorku.

Na základě výsledků a kritérií stanovených v tzv. klasifikacích lze lymfom definitivně pojmenovat.

Tabulka č. 1 Kritéria „Ann Arbor“ klasifikace

Stadium	Rozsah postižení
I.	Jedna lokalizovaná oblast (uzliny, orgán)
II.	Dvě nebo více oblastí na stejné straně bránice.
III.	Postižené oblasti na obou stranách bránice.
IV.	Rozsáhlé postižení orgánů, jater, kostní dřeně atd.
Podstadium A	Pacient se v noci nepotí, nemá horečky, nehubne.
Podstadium B	Pacient se v noci potí, nebo má horečky, výrazně hubne.

Staging zahrnuje vyšetření, kterými lze posoudit rozsah lymfomového postižení, aby bylo možné upřesnit prognózu, léčbu a sledovat efekt léčby.

Kromě základního fyzikálního vyšetření zaměřeného na zvětšené periferní uzliny se provádí zobrazovací vyšetření. Mezi ně patří počítačová tomografie (CT) hrudníku a břicha, popř. mozku a pozitronová emisní tomografie (PET). Dále se provádí invazivní vyšetření (trepanobiopsie, lumbální punkce, jaterní biopsie). (Vokurka, 2008)

1.7 Léčba

Strategie léčby se volí podle stavu pacienta, podle typu lymfomu, jeho rizikovosti a rozsahu - stadiu - postižení.

Principem všech dnes používaných protokolů je podání několika cyklů chemoterapie s cílem zničit nerozpoznaná ložiska a následně ozářit postižené lymfatické oblasti. Ve stadiu IA se volí pouze exstirpace postižených uzlin a dále kontroly, nebo samostatná radioterapie postižené uzlinové oblasti.

Limitované stádium I a II bez nepříznivých prognostických faktorů: podání 2 cyklů chemoterapie ABVD a následné ozáření postižené lymfatické oblasti.

Limitované stádium I a II s nepříznivými prognostickými faktory: podání 4 cyklů chemoterapie ABVD a radioterapie.

Léčba extenzivního stadia III a IV: podává se kombinovaná chemoterapie BEACOPP ve vyšších počtech cyklů nebo intenzifikaci dávky v cyklu. Radioterapie u těchto pacientů není standardně indikována.

Při rezistenci na první linii léčby a v případě relapsu se používá chemoterapie druhé linie zakončená vysokodávkovanou chemoterapií s autologní transplantací krvetvorné tkáně. (Adam, 2008)

1.8 Prognóza

Mladí pacienti s nepokročilou nemocí (stadia I-II) mají naději na plné uzdravení a 5leté přežití v 90%. Při pokročilé nemoci (stadia III-IV) a věku nad 50 let je nutná intenzivnější léčba a 5 let přežívá 50-70% pacientů. (Vokurka, 2008)

Pacienti s Hodgkinovou nemocí mají výborné přežití, ale vystupují zde do popředí nežádoucí účinky onkologické léčby.

Léčba, která vedla k navození remise onemocnění, přináší riziko možných pozdních nežádoucích účinků. Nejzávažnější jsou sekundární nádory. První

rozpoznanou komplikací léčby byl vznik akutní leukémie, dále vznik sekundárního non-hodgkinského lymfomu. Nejčastějším sekundárním solidním nádorem je nádor prsu u dívek a nádor plic. Může vzniknout i nádor štítné žlázy.

Důraz je kladen i na terapií navozenou poruchu plodnosti a u mladých žen na vznik předčasné menopauzy následkem nevratného poškození gonád. Předčasná menopauza může způsobit těžkou osteoporózu.

U mužů lze předejít následkům chemoterapie pomocí odběru spermatu a jeho kryokonzervaci ještě před zahájením systémové protinádorové léčby. (Adam, 2008)

1.9 Transplantace krvetvorných buněk

1.9.1 Historie

Snaha použít kostní dřeň k léčbě je starší než 100 let. V roce 1891 podával Brown-Séquard kostní dřeň perorálně nemocným s poruchami krvetvorby.

Převod buněk kostní dřeně intravenózní infúzí uskutečnil v roce 1939 Osgood, ale na jeho zkušenosti se na mnoho let zapomnělo.

V druhé polovině 50. let se začaly zkoušet alogenní transplantace kostní dřeně (TKD) v humánní klinice. Výsledky však byly skličující, protože tehdy ještě nebyl znám hlavní systém histokompatibility HLA (Human Leucocyte Antigens), a proto se téměř zcela od alogenních TKD v humánní klinice upustilo.

Metoda TKD začala být studována v řadě zemí, u nás nevyjímaje. V roce 1960 se Arient a jeho spolupracovníci pokusili o prvou TKD u nás. Byla úspěšně provedena v Ústřední vojenské nemocnici u akutní leukémie.

Počátkem 60. let byl objeven HLA-systém. Pracovní skupina E. Donnalla Thomase prvně provedla TKD s HLA identickou sourozeneckou dření u leukemického nemocného v roce 1968 v Seatle, USA. Od té doby se rychle zvětšoval význam TKD při léčbě maligních hematologických onemocnění, později i aplazií dřeně, solidních nádorů, některých vrozených metabolických poruch aj. chorob.

Jako projev uznání za své průkopnické práce v oblasti TKD obdržel E. D. Thomas v roce 1990 Nobelovu cenu za medicínu.

První TKD u nás, s vyšetřením nemocného na HLA-kompatibilitu, byla provedena ve spolupráci s pražským Ústavem hematologie a krevní transfúze v Hradci Králové v roce 1976. (Vaňásek, 1996)

1.9.2 Podstata léčby

Krvetvorba je komplikovaný a komplexně řízený proces, který je výsledkem působení mnoha humorálních faktorů - cytosinů a řadou buněčných interakcí, na kterých se podílejí vlastní krvetvorné buňky a stroma kostní dřeně. Krvetvorba probíhá tak, že z hematopoetických kmenových buněk vznikají po řadě dělení a řadě vývojových stádií terminální diferenciované buňky, které jsou běžně přítomné v periferní krvi a zde plní své funkce (leukocyty, erytrocyty, trombocyty). Krvetvorba vzniká z malé populace pluripotentních kmenových buněk kostní dřeně, které mají schopnost jak sebeobnovy, tak diferenciací. Nezralé krvetvorné buňky na svém povrchu nesou strukturu CD34, což je jejich zásadní charakteristika. Za určitých okolností, například po podání růstových faktorů krvetvorby, může dojít k vyplavování nezralých krvetvorných buněk z kostní dřeně do periferní krve. Takovému podnětu říkáme stimulace a vyplavené buňky jsou většinou nazývány periferní kmenové buňky (PBSC).

Vlastní transplantace krvetvorných buněk znamená převod štěpu krvetvorných buněk formou nitrožilní infuze příjemci. Transplantaci předchází podání přípravného režimu, viz dále.

Nejčastější indikace k transplantacím jsou hematologické malignity, ale i některé solidní tumory a autoimunitní onemocnění.

Aplikace vysokodávkované chemoterapie je značně toxická. Podání cytostatik ve vysokých dávkách by bez podání štěpu vedlo mimo jiné k ireverzibilní aplazii kostní dřeně pacienta. Hematologickou toxicitu pozitivně ovlivňuje právě podání štěpu krvetvorných buněk. K uchycení tohoto štěpu a k postupné obnově krvetvorby dochází zpravidla do 2-3 týdnů po transplantaci periferních krvetvorných buněk, u krvetvorných buněk z kostní dřeně je tento interval o něco delší. (Adam, 2008)

1.9.3 Druhy transplantací kmenových buněk

Autologní transplantace, kdy jsou k transplantaci použity přímo buňky pacienta. Odebírají se ve stadiu remise nebo minimální aktivity základní nemoci.

Alogenní transplantace znamená, že pro transplantaci jsou použity krvetvorné buňky jiného člověka. U alogenní transplantace jsou transplantáty krvetvorných buněk získávány od vhodných příbuzných nebo nepříbuzných dárců. Optimální dárce bývá nejčastěji sourozenec, který má s pacientem shodné všechny důležité povrchové antigeny na leukocytech (tzv. HLA identicky příbuzný dárce).

Syngenní transplantace se provádí výjimečně. Dárce je jednovaječné dvojče.

Odběr kostní dřeně pro transplantaci se provádí v celkové anestézii. Technika odběru je podobná jako při provádění trepanobiopsie.

Odběr periferních kmenových buněk se provádí pomocí speciálních krevních separátorů. Z centrifugy se odsávají mononukleární buňky suspendované v plazmě. Suspenze obsahuje také lymfocyty, monocyty a progenitorové buňky.

Pupečnicková krev se získává ihned po porodu a jde o krev plodu z pupečníku.

Transplantáty mohou být použity čerstvé, nebo se dále zpracovávají. Zpracovávají se pro redukci objemu, odstranění nežádoucích příměsí a konzervaci. Transplantát lze podat bez jakýchkoliv úprav. Zvláštní procedurou je odstranění lymfocytů z transplantátu. U autologních transplantací je někdy prováděno čištění (purging), které zajistí eliminaci kontaminujících nádorové buňky.

U autologních transplantací je potřeba transplantát nějakou dobu uchovat, proto se provádí tzv. kryokonzervace. Znamená to uchování transplantátu ve speciálních kontejnerech v tekutém dusíku při teplotě -196°C . Je nutné přidat kryoprotektivum, většinou jde o dimethylsulfoxid. Kvalita transplantátu se kontroluje mikrobiologicky a kultivací progenitorových buněk. (Adam, 2008)

1.9.4 Předtransplantační přípravné režimy

Před transplantací se obvykle podávají kombinace cytostatik nebo cytostatik a celotělového ozáření ve vysokých dávkách. To působí myeloablativně, tj. úplně zničí krvetvorbu nemocného. Vysokodávkovaná terapie navodí intenzivní imunosupresi, má výrazný protinádorový efekt a podílí se na vytváření místa pro přijetí nové kostní dřeně.

Klasickým režimem je podání kombinace cyklofosfamidu s celotělovým ozářením. Dalším často používaným režimem je kombinace busulfanu a cyklofosfamidu.

Provádějí se i nemyeloablativní režimy nebo režimy s redukovanou intenzitou. Jejich účinek spočívá ve výrazné imunosupresi až imunoablacii příjemce. (Adam, 2008)

1.9.5 Komplikace transplantací

Sama povaha vysokodávkované chemoterapie dává tušit, že komplikace budou časté a mnohdy závažné.

Po dobu, než dojde k obnově krvetvorby po transplantaci, je nemocný ohrožen infekcemi při leukopenii a krvácením při trombocytopenii. Závažné může být postižení

sliznic trávicího traktu, nejčastěji mukozitida. Může postihovat trávicí trakt od dutiny ústní až po tlusté střevo. Projevuje se bolestmi, ulceracemi, zvracením a průjmem.

K nejzávažnějším časným komplikacím přípravného režimu patří hepatotoxicita. V potransplantačním období může dojít k rozvoji hemolyticko-uremického syndromu, projevující se intravaskulární hemolýzou, trombocytopenií, poruchou renálních funkcí, hypertenzí a neurologickými nebo psychickými poruchami. Dalšími komplikacemi může být plicní fibróza, kožní pigmentace. Řada cytostatik se podílí na zhoršení jaterních a renálních funkcí. Hrozí riziko vzniku sekundárních malignit a trvalé poruchy reprodukčních schopností. Po transplantaci bývá nutné nemocného přeočkovat, protože dochází ke ztrátě paměťových funkcí.

Selhání a rejekce štěpu může být primární, kdy nedojde k přihojení, nebo sekundární, po předchozím přihojení. Příčinou může být nedostatečně kvalitní štěp, nedostatečné uchycení krvetvorných buněk v kostní dřeni a imunologické faktory.

Infekční komplikace bývají velmi časté. Prevencí je dlouhodobá aplikace antimikrobiální profylaxe. Často se setkáváme s infekcí cytomegalovirem.

Reakce štěpu proti hostiteli (GvHD) je způsobena imunologickou reakcí buněk transplantátu proti organismu příjemce. Projevuje se jako reakce akutní, vznikající do 100. dne po transplantaci. Chronická vzniká po 100. dni.

U akutní reakce bývá nejčastěji postižení kožní, jaterní a postižení zažívacího traktu. Formy mohou být různě intenzivní a mohou se vzájemně kombinovat.

Chronická forma má projevy podobné chronickým autoimunitním chorobám. Závažné jsou chronické infekční a plicní komplikace. (Adam, 2008)

1.9.6 Klinické využití transplantace krvetvorných buněk

Ročně se v Evropě provádí desítky tisíc transplantací. V roce 2005 bylo v Evropě provedeno 24 168 transplantací krvetvorných buněk. Z toho 8 890 alogenních (37%) a 15 278 autologních (63%). Hlavní indikace pro transplantaci krvetvorných buněk tvořily leukemie, lymfomy včetně mnohočetného myelomu, solidní tumory a nenádorová onemocnění.

Důležitým faktorem určujícím výsledek transplantace je věk. Platí, že čím je pacient starší, tím vyšší je pravděpodobnost různých komplikací a výsledky transplantace jsou horší. Provedení autologní transplantace je doporučováno do 65 let věku. (Adam, 2008)

2 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: Č.J.

Oslovení: pane J

Věk: 24 let, 85 09- -/ - - - -

Národnost: česká

Stav: svobodný

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Povolání: jednatel stavební firmy

Trvalé bydliště: v okrese Praha

Nejbližší osoba: matka

Pojišťovna: 111

Hlavní důvod přijetí: k podání vysokodávkované chemoterapie s podporou autologních kmenových buněk

Datum přijetí: 23. 3. 2010 ve 13:00

Pacient přijat plánovaně na oddělení klinické hematologie - TRJ (transplantační jednotka) v úterý 23. 3. 2010 s diagnózou Hodgkinův lymfom.

Má ošetrovatelská péče u pacienta probíhala ve dnech 31. 3. a 6. – 8. 4. 2010. Tedy 9., 15. – 17. den hospitalizace = 1., 7. – 9. den po autologní transplantaci kmenových buněk.

3 Lékařská anamnéza a lékařské diagnózy

3.1 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza:

Otec 50 let - srdeční vada. Matka 46 let - léčí se se štítnou žlázou. Pacient má 2 nevlastní bratry (společný otec) - zdraví. Pacient je nejstarší. Děti nemá. V rodině není žádné hematologické onemocnění. (11)

Osobní anamnéza:

V dětství nebýval vážněji nemocný. Hrál závodně ragby, úraz na motocyklu s poraněním měkkých tkání levé horní končetiny.

- souhrn hemato-onkologických onemocnění:

02/ 2004 primární dg. Hodgkinův lymfom, nodulární skleróza, stádium III A

RF: více než 3 sklerotické uzliny, vyšetření FW

- 8x BEACOPP eskalovaný

- syndrom HDŽ, kolaterály na hrudníku

10. 3. – 17. 8. 2004 chemo

- po léčbě stav hodnocen jako kompletní remise s velkým reziduem v mediastinu

2005 z pozdní toxicity (1 rok po léčbě) je velmi lehká obstruktivní ventilační porucha (minimální známky pneumotoraxu)

4/ 2007 poslední dispenzární kontrola s potvrzením kompletní remise s PET negativním reziduem v mediastinu

11/ 2008 podezření na relaps Hodgkinova lymfomu (4 a ½ roku po léčbě)

- histologicky neprokázán, ale na RTG plic rozšířený stín mediastina, plánováno CT na 12/ 2008 - pacient se nedostavil

- 12/ 2009 histologicky prokázán pozdní relaps Hodgkinova lymfomu (5 let po léčbě), nodulární skleróza, stádium RIIB. (11)

Alergická anamnéza:

Alergie neguje. (10a, 11)

Farmakologická anamnéza:

Neužívá žádné léky chronické medikace. (10a, 11)

Nynější onemocnění:

Pacient s pozdním relapsem Hodgkinova lymfomu, v ambulantní péči, přichází plánovaně k podání vysokodávkované chemoterapie s autologní podporou kmenových buněk. (11)

Sociální anamnéza:

Pacient žije s matkou v bytě 3+1, ve druhém patře bytového domu. Má vlastní pokoj. Ekonomicky zajištěný, pracující. Sociální kontakty udržuje. (10a, 11)

Pracovní anamnéza:

Do kvarty studoval gymnázium, poté přeložen na základní školu (nezvládal učení), poté vyučen na polygrafické škole - reprodukční grafik, obor reklama. Následně absolvoval 2 roky na podnikatelské akademii obchodní management.

Po vyučení nastoupil 4 měsíční bojový výcvik NATO ve Vyškově, jako kompenzaci ušlé vojny. Poté absolvoval 0. ročník na filosofické fakultě.

Poté nastoupil do rodinné stavební firmy jako dělník, následně zástupce stavbyvedoucího, později stavbyvedoucí. Nyní pracuje jako jednatel firmy. (10a, 11)

Abusus:

Kouří příležitostně, až 20 cigaret za večer. Alkohol pije příležitostně - pivo. (10a, 11)

3.2 Objektivní nález

Pacient při vědomí, orientován osobou, místem i časem. Spolupracuje v aktivní poloze. Eupnoe, afebrilní. Kůže normálního koloritu, turgor kožní přiměřený, bez cyanózy, bez ikteru, bez eflorescencí, bez projevů hemoragické diatézy. Výživa a hydratace přiměřená.

Hlava: tvar mesocefalický, poklepově nebolestivá, vlasová pokrývka souvislá, výstupy nervus trigeminus nebolestivé, inervace nervus facialis symetrická.

Oči: střední postavení bulbů, volně pohyblivé všemi směry, bez nystagmu. Zornice izokorické, šíře 3 mm, reagují na osvit a konvergenci. Spojivky růžové, skléry bílé.

Uši a nos: bez výtoku.

Hrdlo a dutina ústní: klidné, tonzily nezvětšené, bez povlaku, chrup sanovaný, patrové oblouky symetrické. Jazyk vlhký, růžově povleklý, plazí ve střední čáře.

Krk: štíhlý, symetrický, šíje volně pohyblivá všemi směry. Karotidy: pulsace symetrické, bez šelestu. Náplň krčních žil: nezvětšená. Štítná žláza: nezvětšená.

Hrudník: normostenický, souměrný, poklep plný jasný, poslechově dýchání čisté sklípkové, bez vedlejších fenoménů. Mammy: bez rezistence, bez sekrece.

Srdce: úder srdečního hrotu není zvedavý, akce srdeční pravidelná, 2 ozvy, ohraničené, bez šelestů, cval nepřítomen. Axilly: volné.

Břicho: v niveau, jizvy klidné, dýchací vlny postupují volně k intinám, poklep diff. bubínkový, měkké, dobře prohmatné, bez hmatné rezistence, bez bolestivosti, bez peritoneálního dráždění, bez známek ascitu, peristaltika pozitivní. Játra k oblouku, slezina nenaráží. Krajina ledvin bilaterálně klidná.

Páteř: poklep na trny obratlů nebolestivý, fyziologicky zakřivená, volně se rozvíjí, bez kontraktur paravertebrálních svalů.

Horní končetiny: bez otoků, pulzace hmatné na aa. radialis i aa. ulnares bilaterálně.

Dolní končetiny: bez otoků, kůže srovnatelné barvy i teploty bilaterálně, palpace lýtek bilaterálně nebolestivá. Varixy nejsou přítomny. Pulsace: pravidelná.

Uzliny: submandibulární, okcipitální, krční- nezvětšeny, supraklavikulární vpravo- rezidua původního postižení, axilární, inguinální- nezvětšeny.

Per rektum: nevyšetřen, okolí análního otvoru klidné.

Neurologický nález: bez lateralizace, bez meningeálních příznaků, orientačně v normě.

(11)

3.3 Lékařské diagnózy

- Stp. 8x BEACOPP eskalovaný 3/ 2004- 8/2004
Restaging po terapii: 1. CR, velké residuum v mediastinu, PET negativní
Pozdní toxicita: lehká obstruktivní ventilační porucha
- Pozdní relaps Hodgkinova lymfomu (5 let po ukončené terapii),
nodulární skleróza, stádium RIIB, diagnostikováno 12/ 2009
- Stp. 1. cyklu DHAP od 7. 1. 2010 stimulace
- Stp. úspěšné separaci PBSC, celkem $9,4 \times 10^6$ CD34+
- Stp. 2. cyklu DHAP od 23. 1. 2010
Restaging: PET negativní residuum v mediastinu 4x6 cm

(11)

4 Diagnostická část

4.1 Fyziologické funkce a antropometrické údaje

Tabulka č. 2 Fyziologické funkce, saturace O₂ a CVP

		TT	TK	P	D	Sat O ₂	CVP
23. 3.	13: 00	36,5°C	125/80	92´	18´	100%	
31. 3.	6: 00	36,4°C	120/60	75´	18´	99%	+5
	12: 00	36,7°C	120/70	80´	18´	100%	
	18: 00	37°C	130/75	82´	20´	100%	
	22:00	36,8°C	125/70	80´	18´	100%	
6. 4.	6: 00	36,8°C	125/75	88´	18´	100%	+4
	12: 00	37°C	125/70	80´	18´	100%	
	18: 00	37,6°C	130/75	76´	19´	99%	
	22: 00	37,6°C	130/80	78´	18´	99%	
7. 4.	6: 00	37,4°C	125/70	76´	18´	99%	+7
	12: 00	37,5°C	125/75	78´	19´	100%	
	18: 00	37,7°C	130/75	78´	19´	100%	
	22: 00	37,5°C	125/75	80´	19´	100%	
8. 4.	6: 00	37,4°C	125/75	77´	18´	100%	+9
	12: 00	37,3°C	125/70	76´	18´	99%	
	18: 00	37,9°C	130/70	78´	19´	100%	
	22: 00	37,9°C	125/70	76´	18´	100%	

Tabulka č. 3 Antropometrické údaje

	23. 3.	31. 3.	6. 4.	7. 4.	8. 4.
Hmotnost	98 kg	96, 8 kg	95 kg	95, 3 kg	94, 8 kg
Výška	179 cm	179 cm	179 cm	179 cm	179 cm
BMI	30, 58	30, 21	29, 65	29, 74	29, 65

4.2 Laboratorní vyšetření

Tabulka č. 4 Krevní obraz 31. 3., 6. - 8. 4. 2010

Krevní obraz					
	naměřené hodnoty				referenční rozmezí
	31. 3.	6. 4.	7. 4.	8. 4.	
leukocyty	2, 6 ↓	0, 3 ↓	0, 4 ↓	1, 2 ↓	4 - 10, 0 . 10 ⁹ /l
erytrocyty	3, 34 ↓	2, 71 ↓	2, 67 ↓	2, 62 ↓	4, 3 - 5, 7 . 10 ¹² /l
hemoglobin	10, 4 ↓	8, 3 ↓	8, 1 ↓	8, 2 ↓	13, 5 - 17, 2 g/dl
hematokrit	29, 9 ↓	23, 8 ↓	23, 2 ↓	22, 7 ↓	38 - 52 g/l
objem erytrocytů	89, 5	87, 8	86, 9	86, 6	80 - 97 fl
Hb ery	31, 1	30, 6	30, 3	31, 3	27 - 33 pq
Hb koncentrace	34, 8	34, 9	34, 9	36, 1	32 - 36 g/dl
Distr. křivka ery	14, 7	12, 1 ↓	11, 8 ↓	11, 8 ↓	12, 8 - 15, 2 %
trombocyty	99 ↓	10 ↓	18 ↓	16 ↓	135 - 400 . 10 ⁹ /l
objem trombocytů	9	9	11	9	8 - 12 fl

Tabulka č. 5 Krvácivost/ srážlivost 31. 3. a 8. 4. 2010

Krvácivost/srážlivost			
	naměřené hodnoty		referenční rozmezí
	31. 3.	8. 4.	
QUICK test	15, 4 ↑	14, 2	11 - 15 %
APTT test	54, 6 ↑	37, 3	28 - 38 s
APTT kontrola	30, 9	31, 3	28 - 38 s
APTT/ R	1, 17	1, 19	0, 80 - 1, 20
INR	1, 24 ↑	1, 11	0, 80 - 1, 20

Tabulka č. 6 Biochemické vyšetření krve 31. 3. a 6. 4. 2010

Biochemické vyšetření			
	naměřené hodnoty		referenční rozmezí
	31. 3.	6. 4.	
glykémie	5, 52 ↑	4, 67	3, 8 - 5, 6 mmol/ l
ionty: Na	137	142	135 - 146 mmol/ l
K	3, 72	3, 86	3, 8 - 5, 4 mmol/ l
Cl	104	104	95 - 110 mmol/ l
Mg	0, 85	0, 74	0, 70 - 1, 10 mmol/l
Ca		2, 20	2, 05 - 2, 65 mmol/l
metabolity: urea	4, 73	3, 64	2, 83 - 8, 35 mmol/ l
kreatinin	60	62 ↓	71 - 133 umol/ l
enzymy: AST	1, 02 ↑	0, 27	0, 10 - 0, 75 μkat/ l
ALT	2, 78 ↑	0, 68	0, 10 - 0, 75 μkat/ l
ALP	1, 03		0, 66 - 2, 2 μkat/ l
GMT	1, 6		0 - 6, 5 μkat/l
CRP	16, 6↑	10, 6	0, 0 - 10 mg/l
Osmolalita	290	292	275 - 295 mmol/kg
Celkový bilirubin	9, 7	9, 6	1, 0 - 22, 0 μmol/l
Konjugovaný bilirubin	0, 0	0, 0	0, 0 - 5, 1 μmol/l
Anorganické fosfáty	1, 16	3, 48	0, 65 - 1, 62 mmol/l

Tabulka č. 7 Vyšetření moči 6. 4. 2010 a 7. 4. 2010

Vyšetření moči chemicky + sediment
Zhodnocení: žádné patologické odchylky v naměřených hodnotách
Vyšetření moči K + C 6. 4. 2010
Negativní

4.3 Další diagnostická vyšetření

31. 3. 2010 *Vyšetření stolice na K + C:* clostridium difficile negativní

7. 4. 2010 *Odběr krve na K + C z CŽK (modrá a bílá cesta):* výsledky vyšetření zatím nejsou k dispozici

5 Terapeutická péče

5.1 Farmakoterapie

- nežádoucí účinky léků viz příloha č. 3 Farmakologická léčba

Léky i.v.: CŽK ve vena subclavia dextra zaveden 24. 3. 2010.

1. cesta: 8:00- 16:00 FR 1000 ml

16:00- 24:00 RR 1000 ml

Tabulka č. 8 Parenterální výživa do CŽK od 7. 4. 2010

Název léku	Dávkování	Generický název	Léková skupina
Kabiven 2566 ml	80 ml/ hod		emulze pro parenterální výživu
Multibionta	1 amp do Kabivenu	infundabilium	multivitaminový přípravek

Tabulka č. 9 Léky i.v. od 31. 3. 2010

Název léku	Dávkování	Generický název	Léková skupina
Fortum 2 g + 100 ml FR	6-14-22	ceftazidimum pentahydricum	širokospektré antibiotikum z III. generace cefalosporinů
Degan 1 amp	Při obtížích	metoclopramidi hydrochloridum monohydricum	prokinetikum, antiemetikum
Torecan 1 amp	Při obtížích	thiethylperazinum	antiemetikum, antivertiginózum
Od 8. 4.			
Novalgin 1 amp	Při obtížích	metamizolum natricum monohydricum	analgetikum, antipyretikum

Tabulka č. 9 Léky s.c. od 7. 4. 2010

Název léku	Dávkování	Generický název	Léková skupina
Neupogen 48 MUI	12:00	filgrastimum	cytokin - hemopoetický růstový faktor

Tabulka č. 10 Léky per os

Název léku	Dávkování	Generický název	Léková skupina
31. 3. - 7. 4.			
Ciphin 500 mg tbl.	1-0-1	ciprofloxacinum	širokospektré chinolonové chemoterapeutikum
Famosan 20 mg tbl.	0-0-1	famotidinum	antiulcerózum, antagonist H ₂ -receptorů
31. 3. – 8. 4.			
Herpesin 400 mg tbl.	1-0-1	aciclovirum	antivirotikum
Diflucan 100 mg cps.	1-0-1	fluconazolum	antimykotikum
Helicid 20 mg cps	0-0-1	omeprazolum	antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy
Stopangin 20 ml + 250 ml FR	kloktadlo 4xd	hexetidinum	dezinfekční prostředek s mírným anestetickým účinkem

Tabulka č. 11 Léky do očí

Název léku	Dávkování	Generický název	Léková skupina
Lacrysin kapky	dle potřeby 1 kapka do obou očí		oftalmologicum

5.2 Dietoterapie

Dieta T3 - transplantační (viz edukace)

5.3 Pohybový režim

Režim neutropenika (viz edukace)

6 Průběh hospitalizace

Pan J. byl přijat plánovaně na transplantační jednotku hemato-onkologické kliniky k podání vysokodávkované chemoterapie s podporou autologní transplantace kmenových buněk. Pacient byl edukován lékařem o léčebném režimu a jeho komplikacích. Sestrou byl edukován o režimu na transplantační jednotce. Od prvního dne pacient dodržoval režim neutropenika a transplantační dietu, jako prevenci vzniku infekčních komplikací.

První den hospitalizace byl pacientovi zaveden trojcestný žilní katétr do vena subclavia dextra. Od druhého dne byl zahájen přípravný režim. Byly podávány 4 druhy chemoterapií v rozmezí šesti dnů. Další den následovala autologní transplantace periferních kmenových buněk.

První den po transplantaci se pacient po fyzické stránce cítil dobře. Měl strach z možných komplikací, ale po rozhovoru se mnou se strach zmírnil.

Sedmý den po transplantaci pacient pociťoval křečovitou bolest břicha, měl průjem a cítil se velmi unavený. Další dny mé ošetrovatelské péče se u pacienta nežádoucí projevy terapie stupňovaly. Pacient trpěl nechutenstvím a bolestmi v dutině ústní, proto byla osmý den po transplantaci zavedena parenterální výživa. Byl stále unavený, přetrvával průjem a pálení očí.

Od osmého dne po transplantaci byl pacientovi denně podáván s.c. Neupogen, na podporu krvetvorby. Následkem toho pacient pociťoval bolest zad.

Pacient působil jako silný a vyrovnaný člověk. Sám tvrdil, že ho nemoc posílila. Díky ní si srovnal životní priority a změnil žebříček hodnot a začal se na svět kolem sebe dívat jinak. Přesto pacient potřeboval mluvit o svých pocitech, strachu a získávat další informace o onemocnění a budoucnosti.

C Ošetřovatelská část

7 Ošetřovatelská anamnéza a současný stav pacienta

31. 3. 2010

7.1 Subjektivní náhled pacienta na hospitalizaci

Pacient neví, co by mohlo být příčinou relapsu choroby. Domnívá se, že buď první nemoc nebyla dostatečně залéčena, nebo to je osud, že se choroba vrátila.

Na návrat onemocnění se přišlo při dispenzární kontrole krve a RTG hrudníku. Pacient žádné projevy onemocnění nepozoroval.

Pacient je dostatečně informován lékařem o svém zdravotním stavu, zná důvod hospitalizace, byla mu vysvětlena terapie před i po transplantaci, včetně případných rizik léčby. Pobyt v nemocnici mu nevádí, na oddělení je hospitalizován opakovaně, jen o patro výš. Zná nemocniční prostředí i nemocniční režim. Pacient je na transplantačním pokoji, kde je hospitalizovaný sám. Má vlastní sociální zařízení. Každý den navštěvuje pacienta ve vedlejším pokoji, který je hospitalizován ze stejného důvodu jako on.

Pacient byl hospitalizován již před 5 lety na stejné klinice, pro stejnou diagnózu. Tehdy absolvoval 8 cyklů chemoterapie. Na nemoc již zapomněl, ale dodržoval pravidelné kontroly. Čekal, že se nemoc vrátí dřív, nebo nikdy. Teď už je smířen s tím, že se nemoc vrátila až po 5 letech. S tím, co ho čeká, se dostatečně seznámil při podepisování informovaného souhlasu a rozhovoru s lékařkou. Čeká, že po transplantaci bude mít všechny komplikace, které byly vypsány. Tvrdí, že člověk by měl být připravený na nejhorší a pak být rád, že to tak hrozné nebylo. Doufá, že tato léčba bude natolik dobrá, že se mu už nemoc nevrátí. Rád by se vrátil ke sportu, kterému se věnoval před onemocněním. Má dojem, že tato nemoc změnila jeho život dokonale. Z mladého kluka se stal dospělý člověk. Čeká, že po této terapii se jeho pocity ještě prohloubí. Nemoc také pozitivně ovlivnila citový vztah s matkou. Pan J. očekává, že bude hospitalizován ještě 12 dní. Podle „Informovaného souhlasu“ je doba hospitalizace přibližně 21 dní.

(10a, b, 11, 12)

7.2 Hodnocení sestrou

Pacient je plně orientován, klidný, komunikativní, kontakt navázán rychle. Při rozhovoru leží v lůžku. Udržuje oční kontakt. Nevyhýbá se žádnému tématu rozhovoru.

Hospitalizován je opakovaně na stejné klinice pro stejnou diagnózu. Byl seznámen s režimem neutropenika, který musí dodržovat po transplantaci. Byl seznámen s nemocničním řádem. Zná všechny své diagnózy, léčebný plán i prognózu.

(10a, 11, 12)

7.3 Základní fyziologické potřeby

Bolest/ nepohodlí

1. den po transplantaci kmenových buněk

Subjektivně

Pacient trpí asi 4 roky chronickou bolestí obou kotníků, která je závislá na počasí a na chůzi. Bolest je velmi silná, vystřelující do holeně, proměnlivá. Bolest je tak často, že si na ni pacient už zvykl a umí ji přemoci. Jen občas vyžaduje klid na lůžku. Tato bolest vznikla z dlouholetého vrcholového hraní ragby, kdy docházelo často k vykloubení či podvrtnutí. Jako prevenci používá bandáž kotníků při sportu. Pokud bolest je, pomáhá obklad s octanem. Nyní tuto bolest nepocituje.

„Hrál jsem ragby od útlého věku, asi od 11- 12 let. Je to rodinný sport. Od té doby vnímám bolest jinak, mám k ní jiný postoj. Vydržím více bolesti, než kdokoli jiný. Ale bojím se té bolesti, kterou mohu očekávat teď po transplantaci, protože ji neznám.“

Nyní se pacient cítí nepohodlně od první chemoterapie. „Mám pocit, že je moje tělo víc citlivé. V tuto chvíli ale žádnou akutní bolest nemám.“

„Doma v pokoji mám rád spíše chladno, jsem zvyklý si na noc otevřít okno. Tady v nemocnici je na mě moc horko. Postrádám, že si nemůžu okno otevřít, v rámci režimu neutropenika.“ Pacient může používat klimatizaci, ale ta prý pro něj není dostačující. S postelí na automatizované ovládání je spokojený i se stavem lůžkovin.

Objektivně

Pacient leží na lůžku. Nezaujímá žádnou z úlevových poloh, leží klidně. Při rozhovoru nás nic neruší. Na pokoji je teplo a klimatizace je zapnutá.

7. den po transplantaci kmenových buněk

Subjektivně

Pacient pociťuje akutní křečovitou až tlakovou bolest břicha, spíše občasnou, viscerální. Pomáhá po malých doušcích popíjet kolu. „Při první léčbě, před 5 lety jsem prodělal zánět žaludku.“ „K tomu se ještě přidala chronická bolest kotníků.“ Tu pacient popisuje jako velmi silnou. Pacient pociťuje mírné pálení očí, úlevu pociťuje při nakapání Lycrysin kapiček do obou očí. Dále ho obtěžuje bolest ruky, „kterou jsem si asi přeležel“. „Navíc se ozvalo i koleno, které jsem si taky kdysi zranil při sportu.“ „Bolí mě zuby a ret, raději si jen kloktám a zuby si už od včera nečistím. Bolest je silná a stálá, jakoby řezavá. Na rty používám jelení lůj.“ „Mám pocit slabých nohou, točí se mi hlava, když vstanu. Snažím se tohle období přespát a doufám, že mi bude líp.“

Objektivně

Pacient mě ráno požádal, zda bychom rozhovor mohli odložit na odpoledne. Ráno se cítí velmi unavený a nespokojený a ví, že odpoledne už bude více soustředěný a komunikativní.

Pacient leží na lůžku, přikrytý až k hlavě. Leží na zádech, kolena pokrčená. Často mění svou polohu na bok. Při rozhovoru o bolesti se mi snaží vše důkladně popsat. Viz příloha č. 5 Záznam hodnocení bolesti.

Bolest žaludku je pravděpodobně způsobena poškozením sliznice žaludku chemoterapií. Navíc pacient v nemocnici nejí a vypije jen malé množství koly. Léky proti bolesti odmítá. Po vizuálním vyšetření dutiny ústní je sliznice dutiny ústní zarudlá, dásně kolem zubů a jazyk jsou bíle povleklé. Pacient se při rozhovoru musí občas napít koly, je patrné, že má sucho v ústech. (9, 10a, b, 11, 12)

Dýchání

1. den po transplantaci kmenových buněk

Subjektivně

Pacient nepociťuje žádné problémy s dýcháním. Doma nikdo nekouří. „Já sám doma také nekouřím, ale když jdu o víkendu s přáteli ven, jsem schopný vykouřit i 20 cigaret za večer. Ráno mi je trochu těžko. Myslím, že horší by bylo, kdybych kouřil pravidelně tolik cigaret, než že je vykouřím nárazově.“ Takto kouří asi 5 let. Neudává žádné respirační alergie ani astma. „Myslím, že nějaké problémy s dýcháním budou, ale nevím jaké.“

Objektivně

U pacienta jsem si nevšimla žádného problému s dýcháním. Dechová frekvence v klidu je 18 - 19/minutu, saturace 99 - 100%. Nekašle, rýmu nemá.

7. den po transplantaci kmenových buněk

Subjektivně

Pacient si nestěžuje na problémy s dýcháním. Na cigaretu chuť nemá. „Dokonce si myslím, že po téhle hospitalizaci přestanu kouřit úplně.“

Objektivně

Pacient dýchá pravidelně, frekvence 18 - 19/ minutu, saturace 99 - 100%.

(10 a, b, 11)

Osobní hygiena

1. den po transplantaci kmenových buněk

Subjektivně

Pacient se doma sprchuje ve sprchovém koutě ráno i večer. Je zvyklý mýt si vlasy vždy, když se sprchuje. Používá speciální značkovou kosmetiku pro muže. Kadeřníka navštěvuje pravidelně 1 za měsíc. „Kadeřnice je moje známá, už mě zná a ví, jak chci ostříhat - na ježka.“ „Po první nemoci mi vypadaly všechny vlasy a chlupy. Potom mi narostly kvalitnější, ale v menším počtu. Teď čekám, až mi začnou opět vypadávat a požádám o úplné zkrácení vlasů. Nemám problém se sebepojetím, jsem zvyklý na krátké vlasy. Vím, že mi vlasy opět narostou a budou zase kvalitnější.“ Nehty na rukou a nohou si stříhá sám.

Péči o dutinu ústní provádí ráno a večer. „Používám měkký kartáček a zubní pastu Elmex, protože mám problémy se zubními krčky. Zuby se mi výrazně zkazily po první léčbě. Na preventivní prohlídky docházím pravidelně. Naposledy jsem byl u zubaře před touto hospitalizací v rámci předtransplantačního vyšetření. Vím, že po propuštění domu, budu muset navštívit zubaře a nechat si zuby zkontrolovat a opravit“.

Objektivně

Pacient působí upraveně, čistě, nehty na rukou i nohou jsou krátce zastřižené. Vlasy blond, krátce střižené „na ježka“, umyté, nebarvené, nevypadávají.

Sprchování omezil tak, že chodí pouze ráno.

7. den po transplantaci kmenových buněk

Subjektivně

Pacient je unavený, do sprchy chodí až odpoledne. „Když jdu do koupelny, vždy si vykloktám. Je to asi 6x za den. Zuby si vůbec nečistím, protože mě bolí. Bolí mě i dásně kolem zubů a rty. Vlasy i vousy jsem si nechal ostříhat předevcírem.“

Objektivně

Pacient má vlasy i vousy velmi zkrácené, místy vypadané úplně. Lůžkoviny se převlékají až odpoledne. Odpoledne má nemocný víc sil a vstává do sprchy.

(10 a, b, 11, 12)

Kůže

1. den po transplantaci kmenových buněk

Subjektivně

Problémy s pokožkou nikdy neměl. Po první nemoci bylo vše v pořádku, ale teď se mu dělají často modřiny. Pokožku hodnotí jako normální, netrápí ho svědění. Doma krémy používá pravidelně pouze na obličej a ruce. „Nejsem žádný metrosexuál, ale myslím, že by i chlap měl chodit upravený a pečovat o sebe.“

„Všiml jsem si, že je kůže více suchá. Asi po chemoterapii. Tak o ni víc pečuji, promazávám celé tělo po sprchování.“

Objektivně

Pokožku těla má spíše suchou, bez známek dekubitů či opruzenin. Patrné hematomy na ruku od zavedené kanyly a po odběrech krve a na nohou od dřívějších poranění. V pravém podklíčku zaveden centrální žilní katétr (CŽK), bez známek infekce. Na břicho a podbřišku patrné strie, které vznikly v době, kdy prodělal úraz kolene při sportu. Nemohl poté dodržovat životosprávu, na kterou byl zvyklý a přibral v krátkém čase 20 kg. Na krku zhojená jizva 8 cm po excizi postižené uzliny před první léčbou. Jizvy staršího data po CŽK v levém i pravém podklíčku. Na čele jizva 5 cm po úrazu hlavy při sportu. Jizva ve vlasové části hlavy, 7 cm, po úrazu při sportu. Na pravé horní končetině zhojená jizva 2 cm od fotbalové kopačky. Dolní končetiny bez otoků, bez varixů.

7. den po transplantaci kmenových buněk

Subjektivně

„Kůži mám ještě víc suchou, modřiny se mi nechtějí vůbec hojit.“

Objektivně

Kůže na celém těle je velmi suchá a v šupinkách se odlupuje, i na hlavě a především na nose.

Na kůži jsou stále patrné ty stejné hematomy. Okolí CŽK je mírně zarudlé, nebolestivé, bez zvýšené teploty. Při převazu použit Inadine a sterilní krytí.

(10 a, b, 11, 12)

Výživa

1. den po transplantaci kmenových buněk

Subjektivně

Pacientova životospráva doma se velmi změnila od úrazu kolene před 18 měsíci. Do té doby aktivně sportoval - hrál ragby a stravu měl vyváženou. Na stravování měl svého dietologa, který mu sestavoval jídelníček pro sportovce a byl kontrolován trenéry. Váhu měl v té době přiměřenou, měl dost svalové hmoty. „Bylo pro mě důležité držet se v kondici, pravidelně jíst, pít a sportovat.“ Po úrazu dietu přerušil a v krátkém čase přibral 20 kilogramů. Od té doby pravidelně nesnídá. Snaží se jíst alespoň jedno jídlo denně. Na tohle jídlo chodí do fastfoodu nebo restaurace.

V jídle preferuje maso a přílohu, nejí knedlíky a sladké pokrmy. Když má hlad a je venku, vždy si něco rychle koupí. Hlady nikdy netrpěl. Když je doma, občas vaří maminka nebo přítelkyně.

Zuby má vlastní, z důvodu sportu má několik dentálních korunek. Často si zuby zlomil. Po první léčbě si všiml rychlého kazení zubů. Nyní má chrup normální, občas ho bolí dásně po vypadlém zubu. Alergie na jídlo nemá. Se svou tělesnou váhou není spokojen. „Cítím, že mám stále 20 kilogramů navíc, rád bych je shodil, až se vrátím domů, a začnu sportovat.“

V nemocnici mu strava příliš nechutná, ale snaží se ještě něco sníst, protože tuší, že to bude ještě horší, až bude mít bolesti dásní. Chut' k jídlu nemá od první chemoterapie a nepociťuje ani hlad. „Mám teď averzi vůči jídlu.“

Objektivně

V nemocnici má pacient dietu T3, což je dieta transplantační. Ráno nesnídá, pouze si uklidí přesnídávku do lednice. Na oběd sní polévku a někdy 1/3 porce. K večeři buď 1/3 porce, nebo přesnídávku. BMI na začátku hospitalizace bylo 30, 58. Pacient trpí mírnou obezitou.

7. den po transplantaci kmenových buněk

Subjektivně

„Nemám vůbec chuť k jídlu. Hlad mám možná malinkej. Byla zde dietní sestra, ale nepomohla mi. Nemůžu sníst žádné jídlo. Mám pocit, že mám žaludek na vodě. Občas mám pocit na zvracení. Snažím se to zaspát.“

Objektivně

Pacient nejí, veškeré přinesené jídlo odmítá. Nutridrinky odmítá. Jeho BMI je dnes 29,65. Do CŽK mu od dnešního dne kape Kabiven s Multibiontou. Vypracovala jsem s pacientem „nutriční skóre“ viz příloha č. 6. Výsledek 8 bodů znamená nutnou speciální nutriční intervenci. Dle vizuálního vyšetření dutiny ústní patrná mukozitida se zarudnutím sliznic a bělavým povlakem dásní. (9, 10 a, b, 11, 12)

Hydratace

1. den po transplantaci kmenových buněk

Subjektivně

Pacient doma vypije asi 2 litry tekutin denně. „Svůj pitný režim hodnotím jako dobrý.“ Nejčastěji pije pramenitou vodu, juice, kolu, jednou denně instantní kávu. O víkendu rád vyrazí s přáteli a pije pivo. Tvrdý alkohol odmítá.

Během hospitalizace pije chlazenou pramenitou vodu, aromatické nápoje jako juice a kolu. „Rád si dám něco aromatického, protože přestávám mít chuť. A tyhle aromatické nápoje cítím v ústech. Teď moc nepiju, protože dostávám vodu infúzemi.“

Objektivně

Pacient má kontinuální přísun tekutin infúzemi. Sleduje se příjem tekutin a kontroluje se stav hydratace pomocí měření centrálního žilního tlaku (CVP), kontroly váhy, kontroly tělesné teploty a známek hyperhydratace a dehydratace na kůži.

7. den po transplantaci kmenových buněk

Subjektivně

Pacient pije pouze po doušcích chlazenou kolu. Denně vypije jen 500 ml. Občas si dá k obědu polévku. Pocit žízně nemá.

Objektivně

Pacient má na stole otevřenou kolu, občas se během rozhovoru napije. Denně má 2000 ml tekutin v infúzích. Projevy dehydratace nemá. (10 a, b, 11, 12)

Vyprazdňování střev

1. den po transplantaci kmenových buněk

Subjektivně

Pacient doma chodí na stolicí pravidelně každý den ráno. Obvykle má normální formovanou stolicí bez příměsí. S vyprazdňováním stolice neměl nikdy problémy.

Ani v nemocnici nemá problém s vyprazdňováním střev. Chodí na stolicí obden, ale necítí pocit plnosti.

Dnes na stolicí nebyl, necítí se plný, plyny odcházejí. Poslední stolicí měl včera. Vyprazdňuje se na toaletě, která je přes malou chodbu naproti pokoji.

Objektivně

Stolicí nelze zhodnotit, během mého ošetřování se pacient nevyprázdnil. Pohyby střev jsou slyšitelné, břicho měkké.

7. den po transplantaci kmenových buněk

Subjektivně

Pacient se vyprazdňuje až 4x denně, stolice je řídká. Po stolicí pociťuje bolest konečníku.

Objektivně

Stolice je v malém množství, řídké konzistence, bez příměsí a zápachu. Vyšetření stolice vyšlo jako negativní pro *Clostridium difficile*. Průjem je pravděpodobně způsoben poškozením sliznice střeva chemoterapií. Může jít o vedlejší účinek podávání Kabivenu intravenózně. (10a, b, 11, 12)

Vyprazdňování moče

1. den po transplantaci kmenových buněk

Subjektivně

Pacient neměl nikdy potíže s vyprazdňováním moči, na záněty netrpěl. Během hospitalizace si nestěžuje na žádné nepříjemné pocity při močení. „Močit chodím často, protože dostávám spoustu vody. To mě trochu unavuje a cítím se plný vody.“

Objektivně

Pacient močí na toaletě. Močí přibližně každou hodinu. Moč je světle slámové barvy bez příměsí nebo zápachu. Pravidelně se sleduje příjem a výdej tekutin a projevy hydratace či hyperhydratace.

7. den po transplantaci kmenových buněk

Subjektivně

Pacient si nestěžuje na nepříjemné pocity při močení. Stále chodí močit často.

Objektivně

Pacient močí přibližně každé 2 hodiny. Moč je světle slámové barvy bez příměsí nebo zápachu. Pravidelně se sleduje příjem a výdej tekutin a projevy hydratace či hyperhydratace. (10a, b, 11, 12)

Spánek a odpočinek

1. den po transplantaci kmenových buněk

Subjektivně

Před nemocí pacient spal 7 - 8 hodin denně. V týdnu chodí spát pravidelně kolem desáté hodiny a ráno vstává v 6 hodin. O víkendu spí nepravidelně, kvůli „mejdánům.“ Na spaní nikdy neužíval žádné léky. Po spánku se cítí odpočatý, odpoledne spát nechodí. Doma má „postel na patře“, to je postel ve výšce. Postel je velká se zdravotní matrací. Usíná v poloze na boku. Svůj spánek hodnotí jako dostačující.

V nemocnici tráví na lůžku celý den, připadá si více unavený. Spí až do odpoledne, přibližně do třetí hodiny. S postelí v nemocnici je spokojený i se stavem lůžkovin. „Jediné, co mi vadí, že je v pokoji teplo a já mám raději chlad. V noci musím často vstávat na záchod, jak dostávám tolik infúzí. Mám pocit, že čím víc ležím, tím jsem unavenější.“

Objektivně

Když jsem s pacientem na pokoji, leží na lůžku. Vypadá odpočatě, vždy přivítá rozhovor se mnou. Během dne zajde na chvilku na návštěvu za pacientem ve vedlejším pokoji. Když je vzhůru, sleduje televizi.

7. den po transplantaci kmenových buněk

Subjektivně

Pacient prospí většinu dne. „Nejvíce energie mám asi až po třetí hodině odpoledne. Ale každý den je to horší. Jsem stále více unavený. Bolí mě skoro celé tělo a nohy mám slabé. Snažím se to přespat a doufám, že až se probudím, bude mi líp. Zatím to tak ale není. Vstávám pouze na záchod. A i tam se musím dlouho přemlouvat,

než vstanu. Jsem rád, když mě ráno nechá sestřička spát a postel mi převlékne až odpoledne.“

Objektivně

Pacient leží v lůžku, vypadá velmi unaveně. Ráno není schopen ani mluvit a reagovat. Rozhovor se mnou jsme po domluvě odložili až na odpoledne. Odpoledne vypadá pacient stále unaveně, přesto mě sám zavolá a chce pokračovat v rozhovoru. Po rozhovoru opět působí unaveně, pustí si televizi a odpočívá. (10a, b, 11, 12)

Následující potřeby jsem zpracovala pouze za 1. den po transplantaci, protože v dalších dnech mého ošetřování nedošlo v této oblasti k žádným změnám.

Lokomotorické funkce

Před hospitalizací neměl pacient žádné potíže s chůzí. Pohyboval se bez problémů. Pouze při bolesti kotníků pohyb omezil. Chůze je normální, držení těla vzpřímené, pohybové koordinace normální.

Nyní se cítí unavený, má pocit slabých nohou. Chodí pouze na toaletu a na návštěvu k pacientovi do vedlejšího pokoje.

Musí dodržovat režim neutropenika, nemá s tím problém. (10a, b, 11, 12)

Smyslové funkce

Pacient nepoužívá brýle. Po první léčbě má pocit, že se mu zrak zhoršil. Po propuštění plánuje návštěvu očního lékaře. „Myslím, že budu muset brýle nosit. Mám pocit, že špatně vidím na dálku“

Slyší dobře, při komunikaci nejsou žádné problémy. (10a, b, 11, 12)

Fyzická a psychická aktivita

Do zaměstnání chodí denně kromě víkendů.

„Ve volném čase, zvláště o víkendu odpočívám, nebo jsem sportoval. Hrál jsem fotbal, ragby, zimní sporty, plaval. Doma dělám běžné domácí práce. Rád se věnuji svým koníčkům, čtu knihy, časopisy, noviny a vzdělávám se v oboru, ve kterém pracuji. I tady v nemocnici mám nějaká lejskra.“

Pacient má přítelkyni, se kterou tráví většinu času a často u ní přebývá. Bydlí ale s matkou. S přítelkyní podniká různé rekreace u moře, na horách, chodí do společnosti apod. Má rád věci, které jsou zadarmo, jako volné lístky do kina, nebo pozvání od

kamarádů na výlety. Rád cestuje po Španělsku, Francii. V zimě jezdí na lyže do Rakouska a Itálie.

Fyzickou aktivitu velmi omezil po poranění kolene. Přesto, když má čas, rád si zasportuje. Už to ale není na profesionální úrovni.

Pacient bydlí v bytě 3+1 s matkou, kde má svůj pokoj. 1/3 měsíce tráví u své přítelkyně. Pomáhá při úklidu domácnosti. O prádlo se mu stará matka. On matce pomáhá s nákupy a těžšími pracemi.

Sociální kontakty udržuje převážně o víkendu, kdy si s přáteli vyrazí ven. „Mám hodně známých a hodně přátel. Jsem přesvědčen, že v dnešní době je to potřeba. Nikdy nevíte, kdy budete potřebovat něčí pomoc.“

Zde v nemocnici pacient často telefonuje, většinou s matkou a s přáteli. Sociální kontakty zde neudrží, vše si vynahradí, až ho pustí domů. „Většinu dne stejně prospím a ke spojení s okolním světem mi stačí, když si večer pustím televizi.“

(10a, b, 11, 12)

Sexualita

Pacient žije sexuálním životem od 17 let. Je svobodný, nikdy nebyl ženatý. Nyní má přítelkyni asi rok. V současné době je se sexuálním životem spokojen. Svůj partnerský vztah hodnotí velmi kladně. „První nemoc změnila mé partnerské vztahy. Nemohl jsem si potom najít stálý vztah. Nyní si myslím, že mi nemoc pomůže současný vztah, který mám, posílit. Po odchodu z nemocnice očekávám, že se můj intimní život změní, protože tady žádný intimní život nemám.“

Před první hospitalizací, před pěti lety, si nechal pacient „zamrazit sperma“. Po třech letech mu volali z nemocnice, zda stále chce sperma uchovávat. Souhlasil. Nyní mu pani doktorka před nástupem k hospitalizaci řekla, že by si měl do dané nemocnice zavolat a ujistit se, že tam sperma stále má. Prý se v dané nemocnici stala nehoda a nějaké vzorky se znehodnotily. Při rozhovoru o této problematice je pacient velmi nejistý. „Myslím, že není možné, aby se něco stalo s tak cenným materiálem. To by znamenalo, že by už nepokračoval klan J. To si tam budu muset hned zavolat, až mě pustí.“

Pacient plánuje mít dvě děti.

(10a, b, 11, 12)

7.4 Psychosociální potřeby

Potřeba zdraví

Pacient zná své onemocnění. Poprvé mu jej diagnostikovali před 5 lety, kdy ambulantně prodělal 8 cyklů chemoterapie. „Tenkrát mi bylo dvacet, byl jsem puberták a neuvědomoval jsem si všechny souvislosti s tím onemocněním. Na bolest jsem byl zvyklý ze sportu. Ani jsem nedodržoval přikázaný režim při chemoterapii. Mamka mě jednou po chemoterapii odvezla na chatu a tam jsem dostal záchvat. Hrozně jsem se dusil. Mamku to hodně vyděsilo, vezla mě do nemocnice a pořád plakala. Asi proto plakala i teď, když se dozvěděla, že se nemoc vrátila. Čekal jsem, že se nemoc vrátí dřív, nebo nikdy. Tak jsem byl překvapený. Myslím, že buď mi to tenkrát nevyléčili úplně, nebo se to prostě mělo stát, že se mi to vrátilo až teď.

Nejvíce ho trápí nejistota a strach z toho, co všechno bude po transplantaci. „Já vždycky počítám s tím, že prodělám všechny komplikace a pak cítím úlevu, když to tak třeba není. Ale vždycky je lepší počítat s tím horším a pak si říct, že to nebylo tak zlé.“

„Věřím, že tentokrát bude léčba 100%, že už se mi nemoc nikdy nevrátí.“

(10a, b, 11, 12)

Bezpečí a jistota

Pacient se v nemocnici cítí 100% v bezpečí. Po propuštění bude u matky. Věří, že mu zde pomohou a nemoc už se nevrátí. „Po propuštění domu očekávám, že se mi bude dařit špatně. Budu zesláblý a budu chtít všechno dohnat a nepůjde mi to.“

Pro pacienta je v životě nejdůležitější osobou matka.

„Nemoc na mě nepůsobí stresově, s tou jsem se vyrovnal. Spíš mě stresují věci okolo mě. Pokud se dostanu do stresové situace, snažím se ji vyřešit po dobrém. Ve stresové situaci jsem si hlavně já sám sobě oporou.“

(10a, b, 11, 12)

Potřeba jistoty sociální a ekonomické

Pacient není finančně závislý. Pracuje v rodinné firmě u strýce jako jednatel firmy. U strýce pracoval dříve brigádně od 15 let. V současné době je třetím rokem zaměstnaný. Nyní je to první dlouhá absence v práci. Od té doby, co povýšil, má z práce dostatečný pocit uspokojení. Svou ekonomickou situaci hodnotí jako „nadstandardně dobrou“. Pacient není členem žádné společenské organizace. Doma žije s matkou, 1/3 měsíce tráví u své přítelkyně, která má psa. Matka pracuje jako vedoucí leasingového

týmu v bance. „Myslím, že na mně není nikdo závislý. Ale moje matka má ke mně asi velmi hlubokou citovou vazbu, zvlášť po smrti otčima. Ten spáchal loni sebevraždu. Chcete to říct? Já vám to řeknu. On byl psychicky labilní a jednou ráno zavolał matce a pohádali se. Než matka přijela domu, oběsil se na šňůře od pyžama. Bylo pro mě až paradoxně lehké vyrovnat se s jeho smrtí. To, s čím se nemůžu vyrovnat je, jak se po jeho smrti zachovala jeho dcera. Je to složité.“ (10a, b, 11, 12)

Potřeba soběstačnosti

Pan J. neměl nikdy problémy se postarat sám o sebe. Vždy si vše dělal a zařizoval sám. Rád pomůže i matce a přítelkyni.

Nyní je více unavený, ale veškeré činnosti týkající se sebepečce, si zajistí sám. Sám si vykoná hygienickou péči, sám si dojde na toaletu, pohyb na lůžku vykonává bez omezení, je schopný se obléknout, najíst se. (10a, b, 11, 12)

Potřeba naděje a víry

Pan J. je ateista, v Boha nevěří. „Věřím, že je ještě něco víc. Věřím v přírodu, ne v Boha. Věřím, že za nekonečnem musí ještě něco být.“ (10a, b, 11, 12)

Potřeba lásky a sounáležitosti

Pacient se cítí spokojený v intimním životě. Má spoustu přátel. Cítí se potřebný a ví, že když bude potřebovat on, vždy se má na koho obrátit. Velmi důležitá je v jeho životě matka, se kterou má velmi citový vztah. „Cítím, že jsem pro matku jediná opora.“ Má rád svou přítelkyni. Dostatek podpory a opory mu dávají matka, přítelkyně a kamarádi, kteří mu často do nemocnice volají. Na návštěvě za ním byla matka a kamarád. Přítelkyně je nemocná, tak se uvidí, až bude propuštěn. Sám se na návštěvy příliš necítí, chce odpočívát. (10a, b, 11, 12)

Potřeba komunikace

Kontakt s pacientem jsem navázala rychle. Komunikuje nahlas, plynule, srozumitelně a spisovně. Udrží oční kontakt. Používá rozvitě věty s širokým obsahem. Rád mluví o svých cílech, úspěších, rodině a zážitcích. Nemá problém mluvit o tom, co ho trápí, z čeho má strach. Je otevřený, snaží se odpovědět na všechny otázky, přemýšlí nad nimi a snaží se pomoci při nalezení možných intervencí pomoci.

Se zdravotním personálem spolupracuje. (10a, b, 11, 12)

Potřeby vlastního já

Hospitalizaci pacient bere jako nutnou pomoc, už nechce, aby se onemocnění někdy vrátilo. Očekává, že po transplantaci bude mít všechny možné komplikace. Cítí se více unavený a ospalý. Žádné starosti si nedělá, snaží se soustředit pouze na léčbu a léčebný režim. „Musím se uzdravit kvůli mámě, která je na mě velmi závislá. A také kvůli přítelkyni, se kterou jsem moc rád. Mým nejbližším cílem je, udělat si řidičák a koupit si auto.“

Doufá, že po návratu domů, už se nemoc nikdy nevrátí. Očekává, že bude ještě dlouho unavený a do práce půjde až za měsíc až dva po propuštění. Bude se snažit vše dohnat, ale ví, že to nepůjde a bude zklamaný.

Pan J. ví, že bude dál dispenzarizován u pani doktorky.

Svou osobnost hodnotí jako optimistického realistu. V životě je spíše veselý, v nemocnici apatický. V novém prostředí a v nových situacích je přizpůsobivý. Hůře se ovládá. Emocionálně je stabilní. „Čím jsem starší, jsem citlivější. Možná je to i tou nemocí. Vnímám lidi kolem sebe nějak jinak. Rozhodí mě věci, které mě dříve nechávaly chladným.“

S pacientem jsem vypracovala Beckovu sebesuzovací stupnici deprese, která vyšla jako 10, lehká deprese. Viz příloha č. 7. (10a, b, 11, 12)

8 Ošetrovateľské diagnózy

Pořadí ošetrovateľských diagnóz jsem stanovila podle závažnosti problému a po domluvě s pacientem během ošetrovateľské péče.

31. 3. 2010

1. Strach z důvodu ohrožení zdraví, z potransplantačních komplikací, projevující se vyjádřením obav a kontrolováním ošetrovateľské péče
2. Nechutenství v důsledku chemoterapie, projevující se snížením příjmu potravy a úbytkem na váze, změněným vnímáním chuti
3. Změna vyprazdňování moče v důsledku infuzní terapie, projevující se zvýšenou frekvencí močení a nutností vyprázdnit močový měchýř i během noci
4. Riziko katéetrové sepse vzhledem k CŽK
5. Riziko výskytu vedlejších účinků chemoterapie a transplantace (únava, ztráta chuti k jídlu, poškození sliznic trávicího traktu od dutiny ústní po konečník, nevolnost, zvracení, ztráta ochlupení a vlasů)

6. 4. 2010

6. Akutní bolest břicha v důsledku poškození sliznice trávicího ústrojí po chemoterapii, projevující se křečovitou, tlakovou bolestí břicha, zaujímáním úlevové polohy s pokrčenýma nohama, omezením příjmu potravy a tekutin
7. Pálení očí v důsledku vedlejších účinků chemoterapie, projevující se verbalizací problému a častým mrkáním
8. Porucha tkáňové integrity v dutině ústní v důsledku chemoterapie, projevující se bolestí rtů, dásní a zubů, špatným mluvením a polykáním, omezením příjmu potravy a tekutin, zvýšenou tvorbou slin, bílými povlaky na dásních a jazyku, zarudnutím sliznice dutiny ústní, omezením pravidelného čištění zubů kartáčkem

9. Změna ve vyprazdňování stolice vzhledem k chemoterapii projevující se častým vyprazdňováním malého množství řídké stolice, bolestí a pálením v okolí konečníku
10. Chronická bolest kotníků a kolene v důsledku snížené fyzické aktivity, projevující se omezením pohybu
11. Únava následkem terapie, projevují se celkovou slabostí, pocitem slabých nohou, omezením pohybu, pospáváním během dne, změnou režimu v obvyklém čase celkové hygieny, rychlým vyčerpáním
12. Změny na kůži z důvodu léčby cytostatiky, projevující se hematomy, suchou kůží, šupinkami na kůži těla, zvláště ve vlasech a na nose
13. Riziko poruchy výživy a dehydratace z důvodu sníženého příjmu potravy

Přetrvávají ošetrovatelské diagnózy č. 2, 3, 4

7. 4. 2010

Přetrvávají ošetrovatelské diagnózy č. 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

8. 4. 2010

14. Akutní bolest zad z důvodu podávání léku podporujícího obnovu krevetvorby, projevující se verbalizací bolesti, zaujímáním úlevové polohy.

Přetrvávají ošetrovatelské diagnózy č. 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

9 Cíle, plány, intervence, hodnocení

Datum: 31. 3. 2010

1. *Strach z důvodu ohrožení zdraví, z potransplantačních komplikací, projevující se vyjádřením obav a kontrolováním ošetřovatelské péče*

Cíl ošetřovatelské péče:

- Pacient má dostatek informací a udává zmírnění strachu.
- Pacient zná možnosti zmírnění potransplantačních komplikací.

Plán ošetřovatelské péče:

- Zjistit předchozí zkušenost pacienta s léčbou onemocnění.
- Povzbuzovat pacienta, aby se podělil o své city a myšlenky.
- Udržovat s pacientem častý kontakt, mluvit s ním a dotýkat se ho.
- Uvědomit si, jaký vliv má na pacienta izolace.
- Poskytovat pacientovi přesné a odpovídající informace.
- Umožnit pacientovi projevovat strach a zoufalství.
- Vysvětlit pacientovi možné komplikace terapie, dát prostor na dotazy.
- Být pacientovi nablízku a pomoci strach pochopit a ovládnout.

Realizace:

Navázala jsem s pacientem dobrý vztah. Mluvili jsme o předešlém nádorovém onemocnění, o jeho pocitech strachu a obavách, o tom, jak ho nemoc změnila. Upozornila jsem na možnost, že i přes veškerá opatření se mohou komplikace projevit a společně je budeme řešit. Vypracovala jsem s pacientem Beckovu sebeposuzovací stupnici deprese, která vyšla jako 10, lehká deprese (viz příloha č. 7). Mluvili jsme o vlivu izolace na pacienta, vysvětlila jsem její důležitost. Zjišťovala jsem, co by snížilo obavy pacienta. Dala jsem pacientovi prostor na otázky, na všechny jsem pravdivě odpověděla. Sledovala jsem, zda všemu pacient rozuměl.

Hodnocení:

- Pacient vypadal uvolněně, udával zmírnění úzkosti.
- Pacient má dostatek informací o možných komplikacích a jejich projevech, což zmírnilo jeho pocit strachu.

2. Nechutenství v důsledku chemoterapie, projevující se snížením příjmu potravy a úbytkem na váze, změněným vnímáním chuti

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient nebude mít známky malnutrice.
- Pacient bude chápat překážky v příjmu potravy.

Plán ošetrovatelské péče:

- Provést nutriční hodnocení pacienta, případně zajistit konzultaci s dietní sestrou.
- Monitorovat příjem potravy.
- Doporučit jíst častěji menší porce jídla rovnoměrně rozdělené po celý den.
- Zajistit, aby pacient dostatečně pil.
- Podle ordinace podávat antiemetika a zhodnotit jejich účinnost.
- Vysvětlit pacientovi vliv nedostatečné výživy na zdravotní stav.

Realizace:

S pacientem jsem vypracovala „Nutriční skóre“ viz příloha č. 6. Výsledek 8 bodů znamená nutnou speciální nutriční intervenci. Proto jsem zajistila návštěvu nutriční terapeutky. Pacient si tak může na další dny vybrat ze tří jídel. Doporučila jsem pacientovi vést záznam o příjmu potravy a pravidelně záznamy kontroluji. Snažila jsem se pacientovi zajistit kašovitou a tekutou stavu (pudinky, polévky). Vedla jsem rozhovor na téma stravování. Upozornila jsem na dietní opatření, viz edukace. Sledovala jsem příjem tekutin a zaznamenávala do dokumentace. Vysvětlila jsem pacientovi důležitost přijímání potravy, což má vliv na rychlejší rekonvalescenci.

Hodnocení:

- Pacient nemá známky malnutrice.
- Pacient chápe nutnost dietního omezení, zná příčinu nechutenství, chápe nutnost příjmu určitých potravin a naopak vyloučení jiných.
- Pacient vede záznam o příjmu potravy, snaží se dodržovat pravidelný rytmus ve stravování. Snaží se jíst alespoň část přinesené stravy.

3. Změna vyprazdňování moče v důsledku infuzní terapie, projevující se zvýšenou frekvencí močení a nutností vyprázdnit močový měchýř i během noci

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient bude chápat důležitost intravenózního podání tekutin a s tím související časté močení.

Plán ošetrovatelské péče:

- Vysvětlit pacientovi nutnost podání infuzních roztoků.
- Vysvětlit pacientovi příčinu častého močení.
- Sledovat celkovou bilanci tekutin, váhu, CVP, stav hydratace a vše zaznamenávat do dokumentace.

Realizace:

Pacientovi jsem vysvětlila nutnost podání infuzních roztoků a s tím související časté močení. Pravidelně jsem sledovala a zaznamenávala do dokumentace výsledky bilance tekutin za celý den, váhu ráno i večer, hodnoty CVP, stav hydratace, projevy dehydratace.

Hodnocení:

- Cíl splněn.

4. Riziko katétrové sepse vzhledem k CŽK

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient chápe důvod zavedení CŽK.
- Pacient nemá známky infekce.

Plán ošetrovatelské péče:

- Edukovat pacienta o nutnosti CŽK, jeho ochraně a opatrnosti při manipulaci s ním.
- Kontrolovat místo vpichu, šetrně manipulovat s kanilou.
- Zachovávat zásady asepse při ošetřování místa vpichu.

Realizace:

Pacienta jsem poučila o nutnosti zavedení CŽK. Pravidelně jsem kontrolovala místo zavedení CŽK, sledovala bolestivost a příznaky infekce. Převazy CŽK jsem prováděla přísně asepticky, každý 2. den, nebo dle potřeby. V dokumentaci jsem kontrolovala převazy a důležitá upozornění ohledně CŽK během mé nepřítomnosti. Pacienta jsem poučila, jak zacházet s CŽK (nesprchovat místo, okolí převazu udržovat v čistotě,

dávat pozor, aby se s CŽK netrhlo). Poučila jsem pacienta, jak se projevují známky infekce katétru (bolestivost, zarudnutí, otok, zvýšená teplota v okolí místa zavedení). A že při jakémkoliv takovém problému má ihned informovat sestru.

Hodnocení:

- Pacient chápe nutnost zavedeného CŽK, je na něj opatrný.
- Místo vpichu nejeví známky infekce.

5. *Riziko výskytu vedlejších účinků chemoterapie a transplantace (únava, ztráta chuti k jídlu, poškození sliznic trávicího traktu od dutiny ústní po konečník, nevolnost, zvracení, ztráta ochlupení a vlasů)*

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient bude znát a dodržovat zásady zaměřené na snížení rizika infekce a dalších vedlejších účinků chemoterapie.

Plán ošetrovatelské péče:

- Zhodnotit přítomnost oslabené imunity.
- Zhodnotit přítomnost infekční komplikace a umístit pacienta v „reverzní izolaci“.
- Dodržovat a důsledně prosazovat základní hygienická pravidla pacienta, personálu, návštěv.
- Sledovat a omezovat návštěvy lidí, kteří by mohli mít nějakou infekci.
- Informovat pacienta o rizicích infekce.
- Zajistit vhodnou organizaci a režim ošetřování.
- Sledovat tělesnou teplotu a neustále sledovat všechny systémy, zda se někde nevyskytují známky infekce (kůže, respirační, urogenitální a gastrointestinální trakt). Výsledky sledování pečlivě zaznamenávat do dokumentace.
- Pomocť a dohlédnout na dodržování hygienických zásad pacientem.
- Poučit, jak má správně pečovat o dutinu ústní a prodiskutovat oblasti, v nichž je nutné zlepšení.
- Pravidelně provádět fyzikální vyšetření dutiny ústní, kontrolovat stav dutiny ústní, všímat si změn a integrity sliznic.

Realizace:

Pacient byl uložen na samostatný pokoj, tzv. „box“, na transplantační jednotce, který vyhovuje režimu neutropenika. Pravidelně jsem kontrolovala hladinu neutrofilů ve

výsledku vyšetření krevního obrazu, se kterou souvisí snížená obranyschopnost. Pacienta jsem se pravidelně ptala na jeho obtíže, všímala si celkového stavu. Informovala jsem ho o rizicích infekce, o důležitosti dodržování prevence, o důležitosti včasného upozornění na jakýkoliv projev infekce. Pravidelně jsem kontrolovala tělesnou teplotu pacienta, odebírala jsem vzorky krve, moče a stolice, dle ordinace lékaře, na mikrobiologické vyšetření. Pravidelně jsem kontrolovala fyziologické funkce a vše zapisovala do dokumentace. Dodržovala jsem aplikaci profylaktické léčby dle ordinace lékaře. Dodržovala jsem hygienická pravidla (mytí rukou vždy před a po kontaktu s pacientem), důsledně jsem dodržovala desinfekci (rukou, povrchů) a zásady asepse (při podání léků do CŽK, při aplikaci injekcí s. c., při převazu CŽK, při ošetřování očí). Dbala jsem na dodržování režimu „reverzní izolace pacienta“ (nesmí opustit pokoj, používá vlastní sociální zařízení, vlastní pomůcky, dodržuje hygienické zásady a preventivní opatření, kterými jsou pravidelné kloktání, vykapávání očí, zvýšená hygiena dutiny ústní, pokožky, konečníku, pravidelná výměna ložního prádla, zákaz návštěv s projevy infekčního onemocnění) Kontrolovala jsem stav dutiny ústní a projevy infekce (afty), výsledky zaznamenávala do dokumentace. Vizuálně jsem diagnostikovala mukozitidu 2. stupně (viz příloha č. 8. Kritéria toxicity pro mukozitidu dle WHO). Pacientovi jsem vysvětlila důležitost pečlivé hygieny dutiny ústní, nutnost kloktat. Doporučila jsem vhodné pomůcky k důkladnému čištění zubů (co nejměkčí zubní kartáček, pastu proti paradontóze, ne příliš pálivou, kloktadlo Tantum Verde, jelení lůj na rty). Připravovala jsem kloktadlo dle ordinace lékaře a zajišťovala jeho přítomnost v koupelně. Sledovala jsem, zda ho pacient používá a jak. Poučila jsem pacienta o nutnosti vyhýbat se horkým a kořeněným jídlům a kyselým šťávám. Zajišťovala jsem dostatečný přísun tekutin a sledovala jejich příjem. Do dokumentace jsem zaznamenávala aktuální stav nemocného, naměřené hodnoty fyzikálního vyšetření a výkony ošetrovatelské péče.

Hodnocení:

- U pacienta nedošlo k rozvoji infekční komplikace.
- Pacient slovně vyjádřil, že chápe nutnost prevence a zvýšené hygieny dutiny ústní.
- Pacient si osvojil dovednosti potřebné k zachování a obnovení integrity sliznice dutiny ústní.

Datum 6. 4. 2010

6. Akutní bolest břicha v důsledku poškození sliznice trávicího ústrojí po chemoterapii, projevující se křečovitou, tlakovou bolestí břicha, zaujímáním úlevové polohy s pokrčenýma nohama, omezením příjmu potravy a tekutin

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient bude znát a chápat důvod bolesti.
- Pacient bude dodržovat předepsanou farmakologickou léčbu.
- Pacient slovně vyjádří pocit úlevy alespoň o 1 stupeň.

Plán ošetrovatelské péče:

- Stanovit anamnézu bolesti, lokalizaci, frekvenci, trvání a intenzitu bolesti a použité prostředky proti bolesti.
- Povzbuzovat k využívání dovedností na zvládání stresu.
- Seznámit pacienta s možnostmi nefarmakologické terapie.
- Spolu s pacientem vytvořit plán zvládání bolesti.
- Podávat analgetika dle ordinace lékaře.

Realizace:

S pacientem jsem vedla rozhovor o křečovité bolesti břicha, do záznamu o bolesti jsem zapsala lokalizaci bolesti, její trvání, intenzitu, provokační faktory (viz příloha č. 5 Záznam hodnocení bolesti). Pacientovi jsem vysvětlila důvod bolesti břicha (porušená integrita sliznice trávicího ústrojí, včetně žaludku, z důvodu podávání vysokodávkované chemoterapie). Vysvětlila jsem nutnost užívat pravidelnou farmakologickou medikaci na ochranu sliznice žaludku. Pacientovi jsem nabídla podání analgetik dle potřeby a vysvětlila jejich účinek. Pacienta jsem nabádala, aby se snažil trochu pít a sníst alespoň tekutou stravu, což by také mohlo bolest zmírnit.

Hodnocení:

- Pacient zná důvod bolesti a chápe jej.
- Pacient pravidelně užívá farmakologickou léčbu, ví, že může dostat analgetika.
- Pacient zaujímá úlevovou polohu a udává úlevu od bolesti o 1 stupeň.

7. Pálení očí v důsledku vedlejších účinků chemoterapie, projevující se verbalizací problému a častým mrkáním

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient chápe důvody a ví, jak si ulevit od pálení očí.
- Bude si umět vykapat oči.
- Nerozvinou se infekční oční komplikace.

Plán ošetrovatelské péče:

- Vysvětlit pacientovi příčinu pálení očí.
- Edukovat pacienta o nutnosti zvýšené péče o oči a naučit ho si je vykapávat.
- Zajistit dostatečnou lokální péči.

Realizace:

S pacientem jsem mluvila o příčině pálení očí. Vizuálně jsem zkontrolovala stav očí a spojivek a vše zaznamenala do dokumentace. Pacienta jsem edukovala o nutnosti pravidelného vykapávání očí. Zpočátku jsem pacientovi oči vykapávala sama, později si pacient s mou asistencí oči zvládl vykapat. Pacientovi jsem zajistila, aby měl oční kapky vždy u sebe. Pravidelně jsem kontrolovala účinek léčby a pocit úlevy pacienta.

Hodnocení:

- Pacient zná důvod pálení očí, ví, jak si oči vykapávat a pravidelně tak činí.
- Pacient verbalizuje úlevu od pálení očí po jejich vykapání.
- Pacient nemá projevy infekce očí.

8. Porucha tkáňové integrity v dutině ústní v důsledku podávání chemoterapie, projevující se bolestí rtů, dásní a zubů, špatným mluvením a polykáním, omezením příjmu potravy a tekutin, zvýšenou tvorbou slin, vizuálně bílé povlaky na dásních a jazyku, zarudnutím sliznice dutiny ústní, omezením pravidelného čištění zubů kartáčkem

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient bude mít zmírněné projevy a zhojené poškozené sliznice dutiny ústní.
- Pacient bude udávat pocit úlevy alespoň o 1 stupeň.
- Nebudou přítomny infekční komplikace.
- Pacient bude znát, jak o dutinu ústní správně pečovat.

Plán ošetrovatelské péče:

- Zhodnotit aktuální potíže a stav sliznic dutiny ústní.
- Zajistit spolupráci pacienta a edukaci.
- Zajistit a pravidelně kontrolovat zvýšenou hygienu dutiny ústní.
- Zajistit lokální péči a ošetřování dutiny ústní k potlačení bolesti.
- Zajistit vhodnou stravu a dostatečný příjem tekutin.
- Doporučit vhodné pomůcky k péči o dutinu ústní. Pečovat i o rty.
- Tlumit bolest analgetiky dle ordinace lékaře.
- Sledovat, zda se u pacienta nevyskytují známky infekce.

Realizace:

Pravidelně jsem kontrolovala a hodnotila stav sliznic dutiny ústní. Mluvila jsem s pacientem o příčině potíží v dutině ústní, o důležitosti preventivní péče o dutinu ústní (pravidelně kloktat připravené kloktadlo, alespoň 4x denně), doporučila jsem vhodné pomůcky k hygieně (měkký kartáček, nepálivou pastu, nebo žádnou pastu, nepoužívat dentální nit ani irigátor). Kontrolovala jsem pravidelné používání kloktadla, zajišťovala jsem, aby měl pacient kloktadlo vždy k dispozici. Sledovala jsem péči o dutinu ústní i o rty (jelení lůj). Snažila jsem se zajistit vhodnou stravu (tekutou, až kašovitou, ne příliš horkou ani kořeněnou). Doporučila jsem dostatečně pít vhodné tekutiny (ne příliš studené, ani horké, ne kyselé šťávy). Nabízela jsem aplikaci analgetik dle ordinace lékaře a přání pacienta. Pravidelně jsem sledovala projevy infekce v dutině ústní. O všech skutečnostech jsem vedla dokumentaci.

Hodnocení:

- Pacient si osvojil hygienická pravidla péče o dutinu ústní. Chápe nutnost jejich dodržování. Sám pečuje o rty.
- Pacient zná důvod omezení ve stravě i nutnost pitného režimu.
- Projevy poškození sliznice dutiny ústní se nezhoršují. V dutině ústní nevznikla infekce.
- Pacient sice nepociťuje úlevu, ale ani zhoršení bolesti v dutině ústní.

9. Změna ve vyprazdňování stolice vzhledem k chemoterapii projevující se častým vyprazdňováním malého množství řídké stolice, bolestí a pálením v okolí konečníku

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient chápe příčinu průjmu a s tím související bolest konečníku.
- Pacient nebude mít bolesti břicha a jiné nepříjemné pocity.
- Pacient bude mít dostatek informací, jak pečovat o konečník.

Plán ošetrovatelské péče:

- Zhodnotit dobu trvání obtíží a stupeň závažnosti.
- vést rozhovor o příčině průjmu, nutnosti změny stravování a pitného režimu.
- Sledovat bolestivost defekace, konzistenci a příměsi stolice, její frekvenci.
- Sledovat příjem a výdej tekutin, váhový úbytek.
- Kontrolovat stav konečníku a možné projevy infekčních komplikací.
- Vysvětlit pacientovi příčinu bolesti a možná opatření k zajištění úlevy.
- Doporučit pravidelnou hygienu oblasti konečníku.
- Aplikovat lokálně vhodné masti a čípky.

Realizace:

S pacientem jsem vedla rozhovor o příčině průjmu, o zajištění dostatečného přísunu tekutin. Sledovala jsem četnost, konzistenci defekace a příměsi ve stolici, bolest, nepříjemné pocity po vyprázdnění střev a vše jsem zaznamenávala do dokumentace. Pravidelně jsem sledovala příjem a výdej tekutin a změny hmotnosti pacienta. Povzbuzovala jsem k dostatečnému příjmu tekutin. Dle ordinace lékaře jsem odebrala vzorek stolice na vyšetření kultivace. Pravidelně jsem kontrolovala stav v okolí konečníku a projevy infekce, vše jsem zapisovala do dokumentace. S pacientem jsem

vedla rozhovor o příčině bolesti, o důležitosti zvýšené hygieny konečníku (zvláště po vyprázdnění střev nutné oplachy vodou). Pacientovi jsem nabídla mast Factu, nebo aplikaci čípků Factu k zajištění pocitu úlevy od bolesti.

Hodnocení:

- Pacient slovně vyjádřil pochopení vyvolávajících faktorů průjmu.
- Pacient ví, jak pečovat o konečník a zabránit tak vzniku infekce a zhoršování bolesti. Použití masti odmítá.
- Pacient po zajištění zvýšené hygieny po vyprázdnění pocítuje úlevu o 1 stupeň.

10. Chronická bolest kotníků a kolene v důsledku snížené fyzické aktivity, projevující se omezením pohybu

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient bude chápat příčinu chronické bolesti.
- Zmírnění bolesti.

Plán ošetrovatelské péče:

- Vysvětlit pacientovi zhoršení chronické bolesti.
- Zajistit pacientovi prostředky pro úlevu bolesti, které má osvědčené.
- Kontrolovat lokalizaci a intenzitu bolesti, úlevu od bolesti.

Realizace:

S pacientem jsem mluvila na téma chronická bolest, vysvětlila jsem důvod zhoršení bolesti. Pacientovi jsem zajistila obklad, který se mu osvědčil na chronickou bolest. Zajistila jsem klid na lůžku. Pravidelně jsem kladla dotazy na změnu intenzity bolesti.

Hodnocení:

- Pacient zná příčinu bolesti.
- Pacient udává úlevu od bolesti po aplikaci obkladu s octanem.

11. Únava následkem terapie, projevují se celkovou slabostí, pocitem slabých nohou, omezením pohybu, pospáváním během dne, změnou režimu v obvyklém čase celkové hygieny, rychlým vyčerpáním

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient bude chápat únavu jako vedlejší účinek onkologické léčby.
- Nemocný bude schopen sebepéče při provádění hygieny a oblékání. Podle svých schopností se zapojí do požadovaných činností.
- Pacient si bude vědom nutnosti změny denního režimu ve prospěch zvýšeného odpočinku.

Plán ošetrovatelské péče:

- Informovat pacienta o příčinách únavy, o šetření energie, pohybovém režimu, výživě, spánku a odpočinku.
- Podpořit pacienta v diskusi o únavě a jejím vlivu na každodenní sebepéči.
- Navrhnout pacientovi aktivity vhodné při jeho současném zdravotním stavu.
- Vypracovat s pacientem plán denních činností tak, aby v něm bylo dostatek času na odpočinek.
- Dodržovat u pacienta dostatečnou výživu, potřebnou k podpoře správné váhy a tělesné energie.

Realizace:

S pacientem jsem vypracovala „Test všedních činností ADL dle Barthel“ (viz příloha č. 9), jeho výsledek je 80 bodů, což je lehká závislost. S pacientem jsem vedla rozhovor o příčinách únavy, o šetření energie, omezení pohybového režimu, nutnosti dostatečného příjmu živin a tekutin, dostatku spánku a odpočinku. O vlivu únavy na každodenní sebepéči. Aktivity (hygiena, převlečení lůžkovin, rozhovor s pacientem) jsem plánovala na dobu, kdy měl pacient nejvíce energie. Stanovila jsem spolu s pacientem reálné cíle v oblasti jeho aktivity (schopnost zajistit hygienu, vyprázdnit se, najíst se). Nebyla patrná fyziologická odpověď na aktivitu. Vypracovala jsem s pacientem plán denních činností, které jsme přesunuli na odpoledne.

Hodnocení:

- Únava se prohlubovala, ale pacient základní sebepéči zvládal sám. Dopomoc odmítal.
- Pacient odložil základní aktivity sebepéče na dobu největší energie a byl tak schopný je vykonat.

12. Změny na kůži z důvodu léčby cytostatiky, projevující se hematomy, suchou kůží, šupinkami na kůži těla, zvláště ve vlasech a na nose

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient bude chápat příčinu projevů léčby na kůži.
- Pacient bude mít pocit pohody a spokojenosti.

Plán ošetrovatelské péče:

- vést s pacientem rozhovor na téma péče o pokožku a vlasy.
- Vysvětlit příčinu špatného hojení ran, suchosti kůže a náchylnosti k infekčním komplikacím kůže.
- Zajistit prevenci zhoršování problémů s kůží a vzniku infekce.
- Zajistit hygienickou péči, čisté a suché lůžkoviny.
- Snažit se o zlepšení příjmu potravy a tekutin.

Realizace:

S pacientem jsem hovořila o důležitosti zvýšené péče o kůži, o vedlejších účincích léčby projevujících se na kůži. Zajišťovala jsem dostatek suchých a čistých lůžkovin. Pravidelně jsem kontrolovala stav kůže, kožní turgor, suchost, svědění, šupinatění kůže. Doporučila jsem pravidelné promazávání kůže celého těla hydratačními krémy, zvláštní péči o pokožku obličeje a rtů. Nepoužívat dráždivé šampóny a sprchové gely. Mýt se nejlépe pouze čistou vodou. Vysvětlila jsem vliv příjmu potravy a tekutin na stav kůže.

Hodnocení:

- Pacient zná důvod změn na kůži.
- Pacient zintenzivnil péči o kůži, cítí se pohodlně a spokojeně.

13. Riziko poruchy výživy a dehydratace z důvodu sníženého příjmu potravy

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient bude mít dostatečný přísun živin, nebude ohrožen dehydratací.
- Pacient slovně vyjádří pochopení jednotlivých překážek přiměřeného příjmu potravy. Bude znát příčinu nechutenství a možné alternativy, jak zajistit dostatečný přísun živin.

Plán ošetrovatelské péče:

- Provést zhodnocení stavu výživy.
- Monitorovat příjem potravy.
- Edukovat pacienta o nutnosti zavedení kontinuální parenterální výživy, o jejích vedlejších účincích (nausea, průjem, nechutenství).
- Kontrolovat hmotnost a úbytky na váze pacienta.
- Navrhnout vhodné alternativy dostatečného příjmu živin.
- Upozornit pacienta na riziko spojené se snížením příjmu tekutin.
- Vysvětlit nutnost dodržování dostatečného příjmu tekutin a jeho vliv na průběh rekonvalescence.
- Kontrolovat příjem tekutin a projevy dehydratace.
- Vést záznam o příjmu a výdeji tekutin.

Realizace:

Vypracovala jsem s pacientem „Nutriční skóre“. Pacienta jsem edukovala o nutnosti zajištění dostatečného příjmu živin, nabídla jsem mu popíjení Nutridrinků různých příchutí dle vlastního výběru. Pacientovi jsem vysvětlila nutnost zavedení kontinuální parenterální výživy, možné vedlejší účinky. Přesto jsem nabádala pacienta, aby se pokusil sníst alespoň trochu kašovitě stravy. Pravidelně jsem kontrolovala úbytek na váze a výsledek zaznamenávala do dokumentace. S pacientem jsem vedla rozhovor o pitném režimu. Upozornila jsem na rizika spojená se sníženým příjmem tekutin. Pravidelně jsem pobízela pacienta k popíjení tekutin v průběhu dne.

Hodnocení:

- Pacient má zajištěn dostatečný nutriční přísun živin.
- Pacient chápe příčinu poruchy příjmu potravy.
- Pacient nemá známky podvýživy a dehydratace.

Datum 8. 4. 2010

14. Akutní bolest zad z důvodu podávání léku podporujícího obnovu krevetvorby, projevující se verbalizací bolesti, zaujímáním úlevové polohy

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient bude chápat příčinu bolesti zad.
- Pacient bude pociťovat úlevu alespoň o 2 stupně.

Plán ošetrovatelské péče:

- Vysvětlit význam a příčinu bolesti.
- Určit bolest na stupnici snesitelnosti.
- Podávat analgetika dle ordinace lékaře a sledovat ústup bolesti.

Realizace:

S pacientem jsem vedla rozhovor o příčině bolesti (aplikace Neupogenu). O bolesti jsem vedla záznam, o její lokalizaci, snesitelnosti, frekvenci (viz příloha č. 5 Záznam hodnocení bolesti). Nabídla jsem podání analgetik (Novalgin dle potřeby pacienta), pomohla jsem vyhledat pacientovi úlevovou polohu, doporučila jsem odpočinek.

Hodnocení:

- Pacient zná příčinu bolesti.
- Pacient pociťuje zmírnění bolesti o 2 stupně po podání analgetik.

D Edukace

Pan J. byl chápající a vzdělaný mladý muž. Informace o svém onemocnění, léčbě a možných komplikacích se dočetl při podepisování informovaného souhlasu. Měl možnost klást otázky jak lékařovi, tak sestře. Během své hospitalizace byl průběžně edukován sestrou v souvislosti s ošetrovatelskou péčí. Edukace probíhala individuálně slovní formou. Cílem bylo dosáhnout minimálního vzniku vedlejších účinků léčby.

Při své ošetrovatelské péči jsem zjišťovala do jaké míry je pacient edukován, jak chápe informace a zda se jimi řídí

O transplantačním režimu měl pacient dostatek informací. Věděl, že nesmí opustit pokoj, musí používat pouze vlastní sociální zařízení, vlastní pomůcky, dodržovat hygienické zásady a preventivní opatření. Na pokoji je nutná pravidelná výměna ložního prádla a dezinfekce povrchů. Personál i návštěvy na pokoj vstupují v roušce, empíru a návlecích, po důkladném umytí a dezinfekci rukou. Je zde přísný zákaz vstupu návštěv a personálu s projevy infekčního onemocnění. Na pokoji nesmí být čerstvé ani sušené květiny, protože bývají zdrojem plísní a bakterií. Tyto zásady pacient dodržoval a sledoval personál, zda je také dodržuje.

Pacienta jsem se ptala, zda ví vše potřebné o podávání léků, které mu jsou aplikovány. Nevěděl, že infuzní terapie mu bude podávána kontinuálně jen po dobu prvních 3 týdnů hospitalizace. Pokud bude dostatečně pít, lékař může podání infuzních roztoků minimalizovat. Pan J. chápal, že v důsledku infuzní terapie chodí často močit. Znovu jsem upozornila na nutnost užívat profylaktické léky dle ordinace lékaře, aby se zabránilo vzniku komplikací. Upozornila jsem na možnost podání analgetik a doporučila jsem pacientovi, aby si o jejich aplikaci řekl dříve, než bude bolest velmi silná, protože by se těžko tlumila. Hovořila jsem s pacientem o nutnosti zavedené parenterální výživy, a že může působit projímavě. Před aplikací Neupogenu jsem upozornila na bolesti zad a dlouhých kostí jako nežádoucí účinek léku.

Při převazu CŽK jsem pacienta znovu upozornila, jak má s CŽK manipulovat: nesmí sprchovat místo převazu, okolí převazu musí udržovat v čistotě, být opatrný při manipulaci s ním, aby nedošlo k utržení stehů, které ho fixují ke kůži, nebo aby nedošlo k vysunutí CŽK mimo žílu.

Pacientovi jsem vyjmenovala zásady, které by měl dodržovat při stravování.

Nevěděl, že nejen během hospitalizace, ale i po dobu 30 dnů po transplantaci je přísný zákaz konzumace tepelně neupraveného ovoce, zeleniny, salátů, majonéz, šlehaček, potravin s probiotickou kulturou, zralých sýrů (s plísní) a všeho rychle se kazícího. Nesmí nic, co nebylo řádně pasterizováno - mléko, sýry, pivo, kompoty. Nedoporučují se jíst horká a silně kořeněná jídla. K pití nejsou vhodné kyselé šťávy.

Naopak jsem doporučila jíst stravu bohatou na bílkoviny. Při bolestech dásní jsem pacientovi nabídla studené nápoje a nanuky, které by bolest mohly zmírnit.

Zvlášť jsem se zaměřila na péči o dutinu ústní. Pan J. věděl, že si má pravidelně vyplachovat dutinu ústní připraveným kloktadlem, minimálně 4x denně. Zkontrolovala jsem měkkost zubního kartáčku a doporučila jsem, aby zubní pastu nepoužíval. Stále jsem připomínala, aby dbal na péči o rty a promazával je jelením lojem.

Když se u pacienta vyskytla bolest v oblasti konečníku, provedla jsem edukaci o zvýšené péči v této oblasti. Doporučila jsem sprchování konečníku po každé stolici. Konečník udržovat v suchu a čistotě. Navrhla jsem promazávání okolí konečníku speciálními mastmi jako Faktu.

Bylo důležité stále dbát na to, aby se pacient věnoval kůži celého těla. Nevěděl, že nejlépe je, když si tělo sprchuje pouze vodou bez mýdla, aby se kůže nepodráždila. Kladla jsem důraz na to, aby si pacient pečlivě promazával tělo i obličej hydratačním krémem.

Věnovala jsem se péči o oči. Bylo potřeba pacienta naučit, aby si sám oči vykapával. Nejdříve jsem mu vysvětlila, že je důležité zaklonit hlavu a dívat se nahoru. Po aplikaci by měl mít oči chvíli zavřené, aby mohly kapky působit. První dny mé ošetrovatelské péče jsem pacientovi oči vykapávala já, později si je zvládl vykapat sám s mou asistencí. Druhý den už si pacient oči vykapával pravidelně.

E Ošetrovatelský závěr a prognóza

8. 4. 2010

S pacientem jsem pracovala první potransplantační den a poté od sedmého do devátého dne po autologní transplantaci kmenových buněk, kdy jeho tělo bylo nejvíce náchylné na vznik infekcí.

Přes dodržování veškerých opatření se u pacienta objevovaly vedlejší účinky chemoterapie, které jsme spolu s pacientem řešili.

Z počátku pacienta nejvíce trápil strach z možných komplikací. Po rozhovoru a poskytnutí dostatečných informací se podařilo strach zmírnit.

Pacient trpěl nechutenstvím a bolestmi v dutině ústní. To vedlo k nutnosti zavedení parenterální výživy. Bolest břicha se podařilo zmírnit úlevovou polohou. Pacient si osvojil pravidelné vykapávání očí, což přispělo ke zmírnění pálení očí. Průjem přetrvával po celou dobu mé ošetrovatelské péče. Kvůli únavě byla odložena hygienická péče a další aktivity na odpoledne, kdy měl pacient víc energie. O analgetika si pacient požádal pouze jednou denně před spaním.

U pacienta je předpokládaná doba hospitalizace 3 týdny. Propuštění je plánováno za 4 dny. Z medicínského hlediska je prognóza příznivá. Po propuštění domů zajistí laickou péči matka a přítelkyně.

V průběhu péče o pacienta jsem si osvojila komunikaci a praktické dovednosti týkající se ošetrovatelské péče. Důležitou součástí bylo získat důvěru pacienta. Snažila jsem se ho povzbuzovat a dodávat mu sílu a to se mi také povedlo.

F Seznam použité literatury a dalších zdrojů

1) ADAM, Z.; KREJČÍ, M.; VORLÍČEK, J.; A KOLEKTIV. *Hematologie: Přehled maligních hematologických nemocí*. 2. vyd. Praha: Grada, 2008 (390 s.).

ISBN 978-80-247-2502-4

2) ANDĚL, M.; GREGORA, P.; HORÁK, J.; KMENT, M.; WIDIMSKÝ, P. *Vnitřní lékařství; díl 3b - Hematologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001 (230 s.).

ISBN 80-7262-085-1

3) DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*.

2. vyd. Praha: Grada, 2001 (568s.). ISBN 80-247-0242-8

4) ŠMARDOVÁ, L.; KALVODOVÁ, L.; VORLÍČEK, J.; KRÁL, Z. *Diagnóza Hodgkinova choroba*. 1. vyd. Brno: MU, 2006 (27 s.). ISBN 80-210-3945-0

5) VAŇÁSEK, J. *Transplantace kostní dřeně*. 1. vyd. Praha: Galén, 1996 (182 s.).

ISBN 80-85824-35-3

6) VOKURKA, S. *Základní hemato-onkologická onemocnění a jejich charakteristika*.

1. vyd. Praha: Galén, 2008 (89 s.). ISBN 978-80-7262-553-6

7) VORLÍČEK, J.; ABRAHÁMOVÁ, J.; VORLÍČKOVÁ, H.; A KOLEKTIV. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006 (328 s.). ISBN 80-247-1716-6

8) *Medical tribune pharminindex brevír 2007*. 16. vyd. Praha: Medical Tribune, 2007.

ISBN 978-80-903708-7-6

Internetové zdroje:

9) KOUKALOVÁ, Světlana. [Http://www.vnl.xf.cz/index-ose.php](http://www.vnl.xf.cz/index-ose.php) [online]. 29.3. 2006. 2006, 28. 4. 2010 Wwww.vnl.xf.cz. Dostupné z WWW: <vnl.xf.cz>.

Další zdroje:

- 10) pacient a) rozhovor
 b) pozorování
- 11) dokumentace
- 12) zdravotnický personál
- 13) příbalový leták

G Seznam zkratek

ABVD – adriamycin, neomycin, vinblastin, dekarbazin

Amp. – ampulka

BEACOPP – cyklofosamid, adriamycin, etoposid, prokarbazin, prednison, vinkristin, bleomycin

BMI – Body Mass Index

Cps. – kapsle

CR – kompletní remise

CRP – C reaktivní protein

CT – počítačová tomografie

CVP – centrální venózní tlak

CŽK – centrální žilní katétr

D – dech

DHAP – dexametazon, cisplatina, cytarabine

EB – virus Epstein-Barrové

FR – fyziologický roztok

FW – sedimentace krve

GvHD – (Graft versus Host Disease) reakce štěpu proti hostiteli

HDŽ – horní dutá žíla

HLA-systém – (Human Leucocyte Antigens) systém histokompatibility

H-RS buňky – Hodgkinovy buňky a buňky Reedové-Sternbergovy

i.v. – intravenózní injekce

K + C – kultivace + citlivost

P – puls

PBSC – (Peripheral Blood Stem Cells) periferní kmenové buňky

PET – pozitronová emisní tomografie

RF – rizikové faktory

RR – Ringerův roztok

RTG – rentgenové vyšetření

s.c. – subkutánní injekce

tbl. – tableta

TK – tlak krve

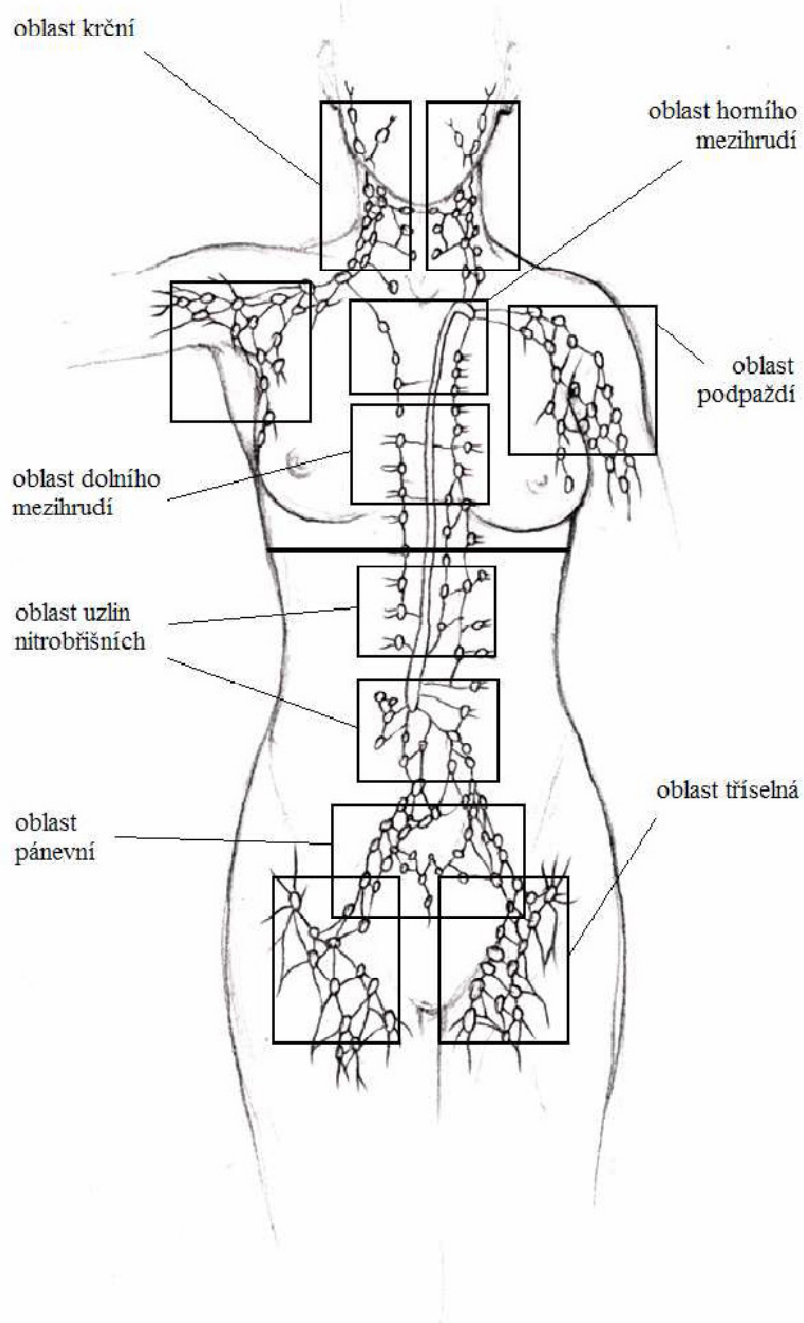
TKD – transplantace kostní dřeně

TT – tělesná teplota

H Přílohy

- 1) Lymfatický systém - obrázek
- 2) Průběžné výsledky studie HD 9
- 3) Farmakologická léčba
- 4) Vstupní ošetřovatelský záznam
- 5) Záznam hodnocení bolesti
- 6) Nutriční skóre
- 7) Beckova sebeposuzovací stupnice deprese
- 8) Kritéria toxicity pro mukozitidu dle WHO
- 9) Test všedních činností ADL dle Barthel
- 10) Plán ošetřovatelské péče

Příloha č. 1 Lymfatický systém – obrázek (Šmardová, 2006)



Příloha č. 2 Průběžné výsledky studie HD 9- srovnání tří chemoterapeutických režimů u pacientů s pokročilým stádiem nemoci (2007) (Adam, 2008))

Léčebný účinek	COPP/ABVD	BEACOPP základní	BEACOPP eskalovaný
Kompletní remise	84%	88%	96%
Progresivní choroba	12%	8%	2%
Bezpříznakové přežití (5 let)	69%	76%	88%
Bezpříznakové přežití (10 let)	64%	70%	82%
Celkové přežití (5 let)	83%	88%	92%
Celkové přežití (10 let)	75%	80%	86%
Počet pacientů	263	457	460

Příloha č. 3 Farmakologická léčba

Parenterální výživa do ČŽK od 7. 4. 2010 (Zdroj 13)

<i>Název léku</i>	<i>Dávkování</i>	<i>Generický název</i>	<i>Léková skupina</i>
Kabiven 2566 ml	80 ml/ hod		emulze pro parenterální výživu
Nežádoucí účinky: zvýšení teploty, méně často třes, zimnice a nauzea/zvracení, přechodné zvýšení jaterních enzymů, reakce z přecitlivělosti (anafylaktická reakce, kožní vyrážka, kopřivka) respirační symptomy (např. tachypnoe), účinky na cirkulaci, hyper/hypotensi. Hemolýza, retikulocytóza, bolesti břicha, hlavy, únava. Fat overload syndrom/ syndrom z přesycení. Snížená schopnost eliminovat Intralipid (tuková součást Kabivenu) může vést k overload syndromu (syndrom z přesycení) jako výsledku předávkování, ale také překročení doporučené rychlosti infúze ve spojitosti s náhlou změnou klinického stavu pacienta, jako je snížení renální funkce nebo infekce.			
Multibionta	1 amp do Kabivenu	infundabilium	multivitaminový přípravek
Nežádoucí účinky: kožní reakce, šokový stav.			

Léky i.v. od 31. 3. 2010

<i>Název léku</i>	<i>Dávkování</i>	<i>Generický název</i>	<i>Léková skupina</i>
Fortum 2 g + 100 ml FR	6-14-22	ceftazidimum pentahydricum	širokospektré antibiotikum z III. generace cefalosporinů
Nežádoucí účinky: flebitida, tromboflebitida, bolest, zánět, makulopapulární nebo urtikariální exantém, horečka, pruritus, angioedém anafylaxe, diareja, nauzea, vomitus, abdominální bolest, soor dutiny ústní nebo kolitida, kandidóza, vaginitida, cefalgie, závratě, parestzie, porucha vnímání chuti.			
Degan 1 amp	Při obtížích	metoclopramidi hydrochloridum monohydricum	prokinetikum, antiemetikum
Nežádoucí účinky: únava, ospalost, neklid, insomnie, cefalea, vertigo, mentální deprese, střevní potíže, pocit sucha v ústech, akutní dystonická reakce, parkinsonismus.			
Torecan 1 amp	Při obtížích	thiethylperazinum	antiemetikum, antivertiginózum
Nežádoucí účinky: spavost, závratě, bolesti hlavy, křeče, ztuhnutí šíje, záškubovité pohyby očí a mimovolní grimasy v obličeji, sucho v ústech a nechutenství, periferní otok končetin, otok v oblasti obličeje, pokles krevního tlaku a vzácněji zrychlení srdeční akce. Při dlouhodobé léčbě se může objevit zákal čočky s poklesem zrakové ostrosti. Byly hlášeny ojedinělé případy žloutenky.			
Od 8. 4.			
Novalgin 1 amp	Při obtížích	metamizolum natricum monohydricum	analgetikum, antipyretikum
Nežádoucí účinky: svědění či pálení kůže, zarudnutí, kopřivka, otoky obličeje, jazyka, hrdla nebo hrtanu, těžká dušnost, nepravidelnost srdečního rytmu, pokles tlaku krve a šok. U pacientů s průduškovým astmatem, se tyto reakce projevují formou průduškového záchvatu. Občas se může objevit kožní reakce, která se vyznačuje vznikem kulatých fialových až temně červených puchýřů ve velikosti mince až dlaně; vzácně vyrážka a v ojedinělých případech těžké kožní reakce s puchýři obvykle s postižením sliznic. Zvýšený sklon ke krvácení a výskyt drobných hnědočervených skvrnek na kůži a sliznicích.			

Léky s.c. od 7. 4. 2010

<i>Název léku</i>	<i>Dávkování</i>	<i>Generický název</i>	<i>Léková skupina</i>
Neupogen 48 MUI	12:00	filgrastimum	cytokin - hemopoetický růstový faktor
Nežádoucí účinky: bolesti kostí a svalů, bolesti hlavy, zad nebo dlouhých kostí rukou a nohou, bolesti při močení nebo obtížné močení, zarudnutí, otok, svědění v místě vpichu injekce. Alergické reakce jako vyrážky, zvýšené svědění a anafylaxe. Průjem, krvácení z nosu, vypadávání vlasů, bolesti kloubů, vyrážky, přechodný pokles krevního tlaku a cévní poruchy, zvětšení sleziny nebo jater, ztráta vápníku z kostí s poklesem jeho hladiny v krvi a přítomnost bílkoviny v moči, pokles			

počtu krevních destiček, vznik hematomů, snížený počet červených krvinek, únava.

Léky per os

<i>Název léku</i>	<i>Dávkování</i>	<i>Generický název</i>	<i>Léková skupina</i>
31. 3. – 7. 4.			
Ciphin 500 mg tbl.	1-0-1	ciprofloxacinum	širokospektré chinolonové chemoterapeutikum
Nežádoucí účinky: nutkání na zvracení, průjem, vyrážka, zčervenání kůže, infekce způsobené bakteriemi nebo kvasinkami, které nejsou citlivé na ciprofloxacin, zvýšený počet bílých krvinek, nechutenství, nespavost, podrážděnost, zmatenost, bolesti hlavy, závratě, zvracení, bolesti břicha, nadýmání, bolesti kloubů, únava, slabost, zvýšená hladina některých enzymů, zánět střeva.			
Famosan 20 mg tbl.	0-0-1	famotidinum	antiulcerózum, antagonist H2-receptorů
Nežádoucí účinky: bolesti hlavy, závratě, sucho v ústech, nevolnost, nadýmání, zácpa , průjem , nechutenství, křeče, menstruační poruchy a vypadávání vlasů.			
31. 3. – 8. 4.			
Herpesin 400 mg tbl.	1-0-1	aciclovirum	antivirotikum
Nežádoucí účinky: gastrointestinální potíže (nechutenství, zvracení, průjemy, bolesti břicha), mírné a přechodné poruchy jaterních a ledvinových funkcí, snížení počtu bílých krvinek a nedostatek krevních destiček, bolesti hlavy, mírné a přechodné neurologické reakce (třes, záchvaty křečí, neklid), zmatenost, ospalost, únava, kožní vyrážka.			
Diflucan 100 mg cps.	1-0-1	fluconazolum	antimykotikum
Nežádoucí účinky: zažívací obtíže, nevolnost, bolesti v různých místech břicha, průjem, zažloutnutí kůže, změny ve vnímání chuti, vyrážka, padání vlasů, křeče, závratě, zvracení, bolesti hlavy, výsev puchýřů na kůži, neobvyklé skvrny, zarudnutí kůže, žloutenka, otoky.			
Helicid 20 mg cps.	0-0-1	omeprazolum	antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy
Nežádoucí účinky: bolest hlavy, průjem, zácpa, bolest břicha, nucení na zvracení, zvracení a plynatost, vyrážky, svědění nebo kopřivky, pocit pálení kůže, závratě, obtížné usínání, pocit ospalosti nebo točení se hlavy, alergie na slunce, závažné kožní reakce, zvýšené vypadávání vlasů, bolestivost kloubů a svalů, svalové slabosti, pocit sucha v ústech, zanícení ústní sliznice, plísňové infekce zažívacího traktu, projevy špatné orientace, agrese, zmatenost, zhoršené vnímání, zánět ledvin a zánět jater doprovázené žloutenkou, zhoršená funkce jater, porucha krvetvorby, zvětšování prsou u mužů, horečka, pocit tlaku na hrudníku, těžká alergická reakce, zvýšené pocení, neostré vidění, poruchy vnímání chuti, zmatenost, neklid, deprese, halucinace.			
Stopangin 20 ml + 250 ml FR	kloktadlo 4 x d	hexetidinum	dezinfekční prostředek s mírným anestetickým účinkem
Nežádoucí účinky: místní podráždění projevující se bolestí, pálením a svěděním jazyka a pokožky kolem úst, snížení citlivosti v ústech a změny chuti a čichu. Náhodné spolknutí roztoku může způsobit zažívací potíže. Při kontaktu s pokožkou může roztok vyvolat svědivý zánět kůže.			

Léky do očí

<i>Název léku</i>	<i>Dávkování</i>	<i>Generický název</i>	<i>Léková skupina</i>
Lacrysin kapky	dle potřeby 1 kapka do obou očí		oftalmologikum
Nežádoucí účinky: nejsou známy.			

Příloha č. 4 Vstupní ošetřovatelský záznam (Zdroj 10a, b)

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

VSTUPNÍ OŠETŘOVATELSKÝ ZÁZNAM

Jméno a příjmení: ČJ

Oslovení: páně J.

Rodné číslo: 85...xxxxx

Věk: 25 let

Stav: svobodný

Adresa: Praha

Osoba, kterou lze kontaktovat: matka P.

Pojišťovna: AAA

Povolání: jednatel firmy

Vzdělání: středškola

Národnost: česka

Vyznání: /

Datum přijetí: 12. 6. 2010

Hlavní důvod přijetí: l. podání vysoko dávkované chemoterapie s podporou PBSC

Lékařská diagnóza: Hodgkinův lymfom dg 2/2004, NS, KS IIIA, pokroč. st.
stp. 8x BEACOPP eskal. (studie HD 15 rameno A) 3/2004 - 8/2004
restaging po th: 1 CR, velké residuum v mediastinu, PET negat.
pozní toxicita: lehká obstrukční ventiláč. porucha
Počíná relaps Hodgkinova lymfomu (5 let po ukončení terapie), NS, dg 12/2009, stádium R IIB
stp. 1.c. DHAP od 7. 1. 2010 stimul.
stp. úspěšná vprava PBSC, celkem 9,4 x 10⁶ CD 34+
stp. 2.c. DHAP od 23. 1. 2010, restaging: PET negat. residuum v mediastinu 4x6cm

Jak je nemocný informován o své diagnóze?

Informován lékařem ústně, písemně informovaný souhlas.

Osobní anamnéza: Předchozí onemocnění - běžná dětská onemocnění, v dětství vážné onemocnění, hrál závodní ragby - běžná sportovní onemocnění, úrazy; úraz na motocyklu s poraněním měkkých tkání levé horní končetiny - Glaukom vprava.

Rodinná anamnéza: Otec 50 let - srdeční vada, matka 46 let - dc. se se střetnou zblízka, sourozenci: 2 bratři nezletilí (společný otec) - edváci, dc. O.
Hemato-onkologická diagnóza v příbuzenstvu O.

Vyšetření: FF, CT (8.3.2010), RTG S+P (8.3.2010), sono břicha
subjektivní vyš.
v. s. krev - KO, srážlivost, biochemie, KS (krevní skupina)

Terapie: HDT + ASCT (podání vysoko dávkové chemoterapie s podporou PBSC)
CŽK ve v. subclavia dle od 14.3. 1. cesta: 8-1600 FR 1000ml 1600 2400 RR 1000ml
2. cesta: Kabiven 2566ml + 1amp Multixenta, v. 800ml / hod. kont.

Nemocný má u sebe tyto léky: pos. Herpesin 400mg 1-0-1, antivirotikum
Dilucan 100mg 1-0-1, antitrombotikum
Heliud 20mg 0-0-1, antidiabetikum

Je poučen, jak je má brát?

kloktadlo - 20ml Stopangin + 250ml FR 4x denně
do očí: koxergin kapky do očí 4x d, oftalmologium
s.c. Neupogen 48 MU 1x d ve 12⁰⁰ cytokin-hemopoetický růstový faktor
i.v. Fortum 2g + 100ml FR 6⁰⁰-14⁰⁰-22⁰⁰, širokospektr. antib.
begon 1amp při obtížích, prokinetikum

Obecná rizika:

nikotismus		ne	ano	pokud ano, kolik denně: <i>nařizová až do cigaret za večer</i>
alkoholismus		ne	ano	<i>při návštěvě ponositelství</i>
drogy		ne	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho:
alergie	jídlo	ne	ano	pokud ano, které:
	léky	ne	ano	pokud ano, které:
	jiné	ne	ano	pokud ano, na co:

dekubity

pneumonie

Důležité informace o stavu nemocného: *Režim, nutno pečlivě, Hygienická opatření,...*

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? *K plánované hospitalizaci*
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? *Mám na to dvě verze, buď se to nedalo odložit, nebo první nemoc byla delikátní*
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? *Ano, první změnila můj život, dříve jsem z mladého kluka se stal dospělý muž, změnila mi životní hodnoty*
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? *Že mě vyberou*
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? *Šiřný, hrůzastroj, šířný*
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? *Ještě asi 14 dní*
7. Máte dostatek informací a vašem léčebném režimu? *Dostatek*
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? *Dostatek*
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? Upřesněte: *Nemůžu si otevřít okno a chybí mi volnost pohybu*

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy):

Pacient nemá problémy v oblasti soběstačnosti, běžné denní činnosti si udělá sám bez pomoci

Komunikace:

- | | | | |
|-------------------|---------------------|--------------|-------------------|
| • stav vědomí | při vědomí | somnolence | kóma |
| • kontakt navázán | rychle | s obtížemi | nenavázán |
| • komunikace | bez problémů | bariéry | nekomunikuje |
| • spolupráce | snaha spolupracovat | nedůvěřivost | odmítá spolupráci |

HODNOCENÍ NEMOCNÉHO

1. Bolest a nepohodlí

- ✓ Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? ano ne
pokud ano, upřesněte: Nepohodlnost.. pocit týže.. od prvu.. davy, skomotropie.. „Padli.. počasí“
.. pocit týže.. bolest.. kohniku-chronickou.. obě.. j.. přimoc.. Nyni se.. stupnje.. bolest.. dase..
- ✓ Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím do nemocnice? ano ne
pokud ano, upřesněte: chron.. bolest.. kohniku.. LDK.. boli.. u.. 4.. roky.. se.. sportu..
jak dlouho? .. Asi 4 roky ..
- ✓ Na čem je vaše bolest závislá? .. jak.. zakřiv.. naby..
- ✓ Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíže)? .. Používám.. bandáže.. na.. sport.. a.. dává.. si.. octanové.. obklady
- ✓ Kde pociťujete bolest? .. led.. v.. ústech ..
- ✓ Pokud budete mít u nás bolesti/obtíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění?....
.. .. Poskybnat.. klade.. zmírňovat.. bolest.. léky ..

Objektivní hodnocení sestry:

pocit pohodlí (lůžko, teplo): Pacient.. má.. roději.. shladnější.. prostředi.. možno.. zajistit.. klimatizaci.. na.. pokoj
.. se.. stavem.. lůžkovin.. a.. lůžka.. je.. spojen .. Lůžko.. je.. čiste .. s.. antidekubitní.. matrací .. postel.. je.. na ..
.. elektrické.. ovládání ..

charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte): .. bolest.. v.. ústech .. je.. akutní .. stále .. silná ..
.. .. pulsující .. na .. měřítku.. tak .. 18 .. (měřítko.. od .. 1-24) ..

2. Dýchání

- ✓ Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? ano ne
pokud ano, upřesněte: ..
- ✓ Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? ano ne
pokud ano, upřesněte: ..
jak jste je zvládal? ..
- ✓ Máte nyní potíže s dýcháním? ano ne
pokud ano, co by vám pomohlo? ..
- ✓ Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? nevím ano ne
pokud ano, zvládnete to? ..
- ✓ Kouříte? ano ne
pokud ano, kolik? .. Kouřím .. při .. návštěvě .. pobavenosti .. s .. přáteli .. a .. v .. zasedech .. až .. 10 .. cigaret ..
.. Ale .. jinak .. nemám .. potřebu .. kouřit .. Nyčím .. že .. nejsem .. závislý .. na .. nikotinu ..

Objektivní hodnocení sestry:

dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.: .. Pacient .. nemá .. žádnou .. dušnost ..
.. .. frekvence .. dýchání .. 18 .. , .. pravidelný .. , .. čistý .. , .. Rýma .. ani .. kašel .. nemá .. Sputum .. žádné ..

3. Osobní péče

- ✓ Můžete si všechno udělat sám? ano ne
- ✓ Potřebujete pomoc při mytí? ano ne
- ✓ Potřebujete pomoc při čištění zubů? ano ne
- ✓ Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano ne
- ✓ Kdy se obvykle koupete nebo sprchujete? *Doma se sprchuji ráno i večer, kdy v nemocnici jen ráno*

Objektivní hodnocení sestry:

soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.: *pacient je soběstačný, působí vpraveně*

4. Kůže

- ✓ Pozorujete změny na kůži? ano ne
- ✓ Máte obvykle kůži? suchou mastnou normální
- ✓ Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? *... používám značkovou kosmetiku, kterou jsem si přivezl. Kůži pravidelně podle potřeby.*
- ✓ Svědí vás kůže? ano ne

Objektivní hodnocení sestry:

celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy atd.: *Stav na břiše po 1. nemoci v souvislosti s přibíráním. Na kůži vidět hematy a hematomy z sportu na hýždích a kolenas. Na kůži jizva po exerci velkým jízdním na kole po ČR, na čáře jizva od sportu, v hlavě jizva, na pravé ruce jizva od kůže od kupačky. ČEK zaveden v pravém podkolení, začína vypadávání vlasů*

5. Strava a dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? dobrý vadný
 - Máte zubní protézu? dolní horní žádnou
 - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? ano ne
 - Máte rozbolavělá ústa? ano ne
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou vyšší (o kolik) kg nižší (o kolik)
- c) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
pokud ano, o kolik kg jste zhubnul/přibral? *přibral jsem 20 kg po úrazu kolene. Od té doby mám váhu stabilou.*
- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
 - Co obvykle jíte? *... Polévku, rýži, salát, zeleninu, ovoce, maso, pečivo, mléčné výrobky, sladkosti.*
 - Je něco co nejíte? Proč? *... Sladkosti, jídla, na které nemám chuť.*
 - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano ne
 - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? *Ne*
 - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? *Ne*

Objektivní hodnocení sestry

stav výživy, enterální výživa, dieta, parenterální výživa, soběstačnost: *Stav výživy je ... Dieta je transplantační (konzervy, chutlivé maso, potraviny s vitamíny, kofeínem, cukrem, sádrou ani ovocem). Nic, co by mohlo způsobit infekci. Ve stravování je soběstačný. BMI 30,58*

6. Příjem tekutin

- ✓ Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl?
zvýšil snížil nezměnil
- ✓ Co rád pijete? ... chlazenou pramenitou vodu, teď si koupím avonitické nápoje (juice, colu).
- ✓ Co nepijete rád?
- ✓ Kolik tekutin denně vypijete? ... 2-3 litry
- ✓ Máte k dispozici dostatek tekutin? ano ne

Objektivní hodnocení sestry:

(projevy dehydratace, soběstačnost při příjmu tekutin, tekutiny v dosahu): pacient nemá známký...
..... dehydratace, při příjmu tekutin je soběstačný, má dostatek tekutin u lůžka,
..... brávení, kraple

7. Vyprazdňování stolice

- ✓ Jak často chodíte obvykle na stolicí? ... dva, pravidelně ráno
- ✓ Máte obvykle normální stolice zácpu
- příjem
- ✓ Kdy se obvykle vyprazdňujete? ráno
- ✓ Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil? ... ne
- ✓ Berete si projímadlo? nikdy příležitostně často pravidelně
- ✓ Pokud ano, jaké
- ✓ Máte nyní problémy se stolicí? ano ne
- pokud ano, jak by se daly vyřešit: chodím ráno často, ale nechci se nepokojit, nepotřebuji pomoci

Objektivní hodnocení sestry:

konzistence, barva, frekvence, příměsi atd

..... stolice 1x za 8 dní, v nepravidelnou dobu, stolice je tuhá, bez známek krvácení, bez příměsí

..... instabilita stolice

8. Vyprazdňování moči

- ✓ Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? ano ne
pokud ano, upřesněte:
- jak jste je zvládal?
- ✓ Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?
-
- ✓ Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? ano ne
pokud ano, myslíte, že to zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry:

diuréza, barva atd.:

..... slabá, bílá, tekutá

..... má slabou, zabarvenou, bez zápachu, bez příměsí

9. Lokomotorické funkce

- ✓ Máte potíže s chůzí? ano (ne)
pokud ano, upřesněte:
- ✓ Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? ano (ne)
pokud ano, upřesněte:
- ✓ Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? (ano) ne
pokud ano, upřesněte: hlavně při šly, hygienický režim, mohu opustit pokoj pouze na
..... záchod a do sprchy
- ✓ Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? nevím ano (ne)
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry:

10. Smyslové funkce

- ✓ Máte potíže se zrakem? (ano) ne
pokud ano, upřesněte: mám pocit, že se mi zhoršil zrak po 1. cyklu chemoterapie
- ✓ Nosíte brýle? ano (ne)
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?
- ✓ Slyšíte dobře? (ano) ne
pokud ne, užíváte naslouchadlo? ano ne
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?

Objektivní hodnocení sestry: Pacient slyší dobře, komunikuje bez problémů

11. Fyzická a psychická aktivita

- ✓ Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte? Pracuji jako vedoucí služební firmy nebo služby
- ✓ Máte potíže pohybovat se v domácnosti? ano (ne)
- ✓ Máte doporučeno nějaké cvičení? Pokud ano, upřesněte: Nemám
- ✓ Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici? (ano) ne
- ✓ Co děláte rád ve volném čase? sportuje, čte knihy, chodí na s. procházky a na práci
- ✓ Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici? čtení, sledování televize,
..... spánek
- ✓ Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? Dovedl mi ranní tisk

Objektivní hodnocení sestry: Pacient sleduje klinici a rád si povídá, aktivně mluví o svých pohybech, je více unavený - večerní čas tráví v lůžku, čte tisk, čte, přemýšlí nad životem Návštěvy po matce

12. Odpočinek a spánek

- ✓ Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? *6-7 hodin o víkendy více*.....
- ✓ Máte doma potíže se spánkem? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte:
- ✓ Kolik hodin obvykle spíte? *6-7 hodin*.....
- ✓ Usínáte obvykle těžko? *ano* *ne*
- ✓ Budíte se příliš brzo? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte
- ✓ Co podle vás způsobuje vaše potíže?
- ✓ Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát?
- ✓ Berete doma léky na spaní? *ano* *ne*
pokud ano, které:
- ✓ Zdřímnete se i během dne? Jak často a jak dlouho? *Doma ne, j. tedy, v nemocnici ano*.....

Objektivní hodnocení sestry:

únava, denní a noční spánek apod.: *Pacient působí unaveně, všichni nás tráví v lůžku, usíná během dne, časté vstávání na záchod (asi 4x za noc), ráno probuzen na oděvy v 5:30 hod. poté opít usne a spí do 8:00 hod. ráno během dne*.....

13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje potřebné o tom mluvit)

- ✓ Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte: *dříve jsem nemohl najít svůj vztah, ale potom se jsem přehodil*
... svůj život, vztah nyní kvalitní vztah jsem spokojený.....
- ✓ Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte: *Protože tedy začaly intimní život znovu*.....

- pacient o sexualitě nechce hovořit

- otázky nebyly položeny z důvodu vysokého věku nemocného

14. Psychologické hodnocení

- | | | | |
|--|------------------------|-----------------------|------------|
| • emocionalita | <i>stabilní</i> | spíše stabilní | labilní |
| • autoregulace | <i>dobře se ovládá</i> | <i>hůře se ovládá</i> | |
| • adaptabilita | <i>přizpůsobivý</i> | nepřizpůsobivý | |
| • příjem a uchovávání informací | <i>bez zkreslení</i> | zkresleně (neúplně) | |
| • orientace | <i>orientován</i> | dezorientován | |
| • celkové ladění | <i>úzkostlivý</i> | smutný | rozzlobený |
| | <i>sklíčený</i> | <i>apatický</i> | |

15. Rodina a sociální situace

- ✓ S kým doma žijete? ...trvale bydlíš máma a mamka, kde občas jsem a občas trávím u prarůdky
- ✓ Kdo je pro vás nejdůležitější člověk (nejbližší) člověk? ...mamka
- ✓ Komu mohou být poskytnuty inf. o vašem zdrav. stavu? ...mamka
- ✓ Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? ...mamka je smutná
- ✓ Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? ...ano
- ✓ Je na vás někdo závislý? ...člověk závislý je na mne moje mamka
- ✓ Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? ...snažit se dobře, ale budu se snažit všechno dělat a nepůjdu to
- ✓ Kdo se o vás může postarat? ...mamka

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci atd.):

..... Bydlím v bytě s mamkou (5+1), kde má svůj pokoj, 113. v. místu trávím u své přítelkyně doma
..... Má mamku, dědu a občas přede mnou, mamka má bratra zemřel při automobilu, má ještě nevlastního
..... bratra a nevlastní sestru (mamka se znovu vyprovázela s tím, jak se zachovala po smrti otce),
..... dále má švagry a klavírního prarůdka. Partnerku má stále, to máš rád. Všechno k sobě s přítelkyní,
..... chodí a s nimi baví. Ekonomická situace rodiny je nevlastně dobrá.

Chcete mi ještě něco říci, co by vám pomohlo v ošetrovatelské péči:

16. Souhrnné hodnocení nemocného

Shrnutí závěru důležitých pro ošetrovatelskou péči

..... Pacient musí dodržovat režim, nehybnost, klid, spočívat ve zvýšené hygienické režim,
..... aseptickým přístupem k pacientovi (temp. rouška, rukavice, papírový), kazení vstupu
..... návštěv s projevy infekčních chorob, omezení dýchacích nástrojů, zvýšená hygienická péče
..... o dutou dutinu (kloubadlo s desinfekcí, měkký zubní kartáček vhodný pasta), o kůži
..... (hygiena bez aromatizovaných mydel, mýdla se parze vodou, důležitá hygiena rukou po
..... spachování celého těla včetně dýchacího). Hygiena kůže po stěhu, prevence
..... infekčních ať.
..... Aseptická péče, ček a aplikace, manipulace s ním.
..... Všímání si projevů infekce všech orgánových soustav
..... sledovat příjem a výdej, klid (včetně intenzivní terapie), sledovat příjem šlaku,
..... nehybnost, zrcazení.

ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

List č.:

Topologie bolesti		Typ bolesti
		<input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická <input type="checkbox"/> 1 - občasná <input type="checkbox"/> 2 - stálá <input type="checkbox"/> 3 - záchvatovitá <input type="checkbox"/> 4 - průlomová <input type="checkbox"/> A - lokalizovaná <input type="checkbox"/> B - vystřelující <input type="checkbox"/> C - kosterní, svalová <input type="checkbox"/> D - viscerální <input type="checkbox"/> E - neuralgie <input type="checkbox"/> F - neuropatie <input type="checkbox"/> G - nádorová <input type="checkbox"/> H - jiná

Směr propagace bolesti označit modrou šipkou.

Místo bolesti vybarvit červeně.

Intenzita bolesti						Čas bolesti																	
0 žádná	1 mírná	2 obtěžující	3 silná	4 velmi silná	5 nesnesitelná																		

Kvalita bolesti			
<input type="checkbox"/> 1 - tupá	<input type="checkbox"/> 4 - křečovitá	<input type="checkbox"/> 7 - pulsující	
<input type="checkbox"/> 2 - bodavá	<input type="checkbox"/> 5 - řezavá	<input type="checkbox"/> 8 - tlaková	
<input type="checkbox"/> 3 - svíravá	<input type="checkbox"/> 6 - palčivá	<input type="checkbox"/> 9 - proměnlivá	

ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

Aktuální stav a léčba bolesti					
Datum:	Typ:	Intenzita/čas:	Kvalita:	Léčba a ovlivnění bolesti:	Podpis sestry:
6.4.2016	$\text{AK}_{\text{WT}}^{1,3}$	4 / 24	4	Bolest břicha bolest pje po dověcích studenou kolu, rozjímavá úlevou pilohu s pokrývkou nahama i	
	$\text{AK}_{\text{WT}}^{1,3,3}$			směř se být v klidu, odpočívání a bolest zespat. Medicaci proti bolesti odmítá	
	$\text{AK}_{\text{WT}}^{1,3,3}$	4 / 24	9	Bolest břicha bolest břišní bolest břišní v klidu, bolest zrná a umí ji přemáčet. Léčba vyžaduje	
	$\text{AK}_{\text{WT}}^{1,3}$	1 / 24	6	Bolest břicha bolest břicha v klidu, bolest zrná a umí ji přemáčet. Léčba vyžaduje	
	$\text{AK}_{\text{WT}}^{1,3}$	2 / 24	3	Bolest břicha bolest břicha v klidu, bolest zrná a umí ji přemáčet. Léčba vyžaduje	
	$\text{AK}_{\text{WT}}^{1,3}$	2 / 24	2	Bolest břicha bolest břicha v klidu, bolest zrná a umí ji přemáčet. Léčba vyžaduje	
	$\text{AK}_{\text{WT}}^{1,3}$	3 / 24	5, 7	Bolest břicha bolest břicha v klidu, bolest zrná a umí ji přemáčet. Léčba vyžaduje	
7.4.2016	$\text{AK}_{\text{WT}}^{1,3}$			Bolest břicha bolest břicha v klidu, bolest zrná a umí ji přemáčet. Léčba vyžaduje	
+	$\text{AK}_{\text{WT}}^{1,3}$	2 / 24	5	Bolest břicha bolest břicha v klidu, bolest zrná a umí ji přemáčet. Léčba vyžaduje	
	$\text{AK}_{\text{WT}}^{1,3}$	2	1	Bolest břicha bolest břicha v klidu, bolest zrná a umí ji přemáčet. Léčba vyžaduje	
	$\text{AK}_{\text{WT}}^{1,3}$			Bolest břicha bolest břicha v klidu, bolest zrná a umí ji přemáčet. Léčba vyžaduje	
8.4.2016	$\text{AK}_{\text{WT}}^{1,3}$	3 / 24	8	Bolest břicha bolest břicha v klidu, bolest zrná a umí ji přemáčet. Léčba vyžaduje	
	$\text{AK}_{\text{WT}}^{1,3}$			Bolest břicha bolest břicha v klidu, bolest zrná a umí ji přemáčet. Léčba vyžaduje	
	$\text{AK}_{\text{WT}}^{1,3}$			Bolest břicha bolest břicha v klidu, bolest zrná a umí ji přemáčet. Léčba vyžaduje	

Dospělé nutriční skóre

- Věk
 - ☒ 0 - do 65 let
 - 1 - nad 65 let
- BMI
 - ☒ 0 - BMI 20-35
 - 1 - BMI 18-20; nad 35
 - 2 - BMI pod 18
- Ztráta hmotnosti za 3 měsíce
 - 1 - ztráta 0-3 kg
 - ☒ 2 - ztráta 3-6 kg
 - 3 - ztráta nad 6 kg
- množství jídla za poslední 3 týdny
 - 0 - beze změny
 - 1 - poloviční porce
 - ☒ 2 - jí občas nebo nejí
- Projevy nemoci v současné době
 - 0 - žádné
 - ☒ 1 - nechutenství, bolesti břicha
 - ☒ 1 - zvracení, průjem > 6 za den
- Stres
 - 0 - žádný
 - 1 - chronická nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok
 - ☒ 2 - akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický zákrok, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení do GIT
- Nelze
 - 2 - nelze změřit a zvážit
 - 3 - nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny
- Vyhodnocení:
 - zaškrtneme a sečteme body
 - 0 - 3 není nutná nutriční intervence
 - 4 - 7 nutné vyšetření dietní sestrou
 - ☒ 7 a více nutná speciální nutriční intervence

6.4.2010 *Subko*

Příloha č. 7 Beckova sebeposuzovací stupnice deprese (Koukalová, 2006)

Beckova sebeposuzovací stupnice deprese

01. Nálada	
	0 -nemám smutnou náladu
	① -cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený
	2 -jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
	3 -jsem tak smutný nebo nešťastný, že to nemohu už snést
02. Pesimismus	
	① -do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně
	1 -poněkud se obávám budoucnosti
	2 -vidím, že se už nemám na co těšit
	3 -vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit
03. Pocit neúspěchu	
	① -nemám pocit nějakého životního neúspěchu
	1 -mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchů než obvykle lidé mívají
	2 -podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů
	3 -vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel a pod) v životě zcela zklamal
04. Neuspokojení z činnosti	
	① -nejsem nijak zvlášť nespokojený
	1 -nemám z věcí takové potěšení, jako jsem mívával
	2 -už mne netěší skoro vůbec nic
	3 -ať dělám cokoliv, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení
05. Vina	
	① -necítím se nijak provinile
	1 -občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní
	2 -mám trvalý pocit viny
	3 -ovládá mě pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý provinilý člověk
06. Nenávist k sobě samému	
	① -necítím se zklamán sám sebou
	1 -zklamal jsem se sám v sobě
	2 -jsem dost znechucen sám sebou
	3 -nenávidím se
07. Myšlenky na sebevraždu	
	① -vůbec mi nenapadne na mysl, že bych si měl něco udělat
	1 -mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít
	2 -často přemýšlím jak spáchat sebevraždu
	3 -kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život
08. Sociální izolace	
	① -neztratil jsem zájem o lidi a okolí
	1 -mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve
	2 -ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
	3 -ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít

09. Nerozhodnost	
	① -dokážu se rozhodnou v běžných situacích
	1 -někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí
	2 -rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže
	3 -vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout
10. Vlastní vzhled	
	0 -vypadám stejně jako dříve
	① -mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně
	2 -mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
	3 -mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě
11. Potíže při práci	
	0 -práce mi jde od ruky jako dříve
	1 -musím se nutit, když chci něco dělat
	② -dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal
	3 -nejsem schopen jakékoliv práce
12. Únavnost	
	0 -necítím se více unaven než obvykle
	1 -unavím se snáze než dříve
	2 -všechno mne unavuje
	③ -únava mne zabraňuje cokoli udělat
13. Nechutenství	
	0 -mám svou obvyklou chuť k jídlu
	1 -nemám takovou chuť k jídlu jak jsem mívával
	2 -mnohem hůře mi teď chutná jíst
	③ -zcela jsem ztratil chuť k jídlu

Hodnocení:

Hodnocení:	00 – 08 event. 09	Norma
	09 - 24 ✓	Lehká až střední deprese
	25 a více	Těžká deprese

G.4.2010 Lucie

Příloha č. 8 Kritéria toxicity pro mukozitidu dle WHO (Vorlíček, 2006)

<i>Stupeň 0</i>	<i>Stupeň 1</i>	<i>Stupeň 2</i>	<i>Stupeň 3</i>	<i>Stupeň 4</i>
Není přítomna.	Nepohoda a pobolívání v dutině ústní, zarudlé sliznice.	Bolestivé ulcerace, zarudnutí, přijímání potravy není omezeno.	Defekty v dutině ústní, není možné přijímat tuhou stravu, pouze tekutiny.	Není možné přijímat ani tuhou, ani tekutou stravu.

Test všedních činností ADL dle Barthel

Položka	hodnocení	počet bodů
1. Najedení, napití	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. Oblékání	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. Osobní hygiena	sám nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. Koupání	sám nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. Kontinence moči	kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. Kontinence stolice	kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. Použití WC	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. Chůze po schodech	sám	10
	s pomocí	5
	nelze	0
9. Přesun lůžko-židle	sám	15
	s malou pomocí	10
	ev.vozík s dopomocí, vydrží sedět	5
	nelze	0
10. Chůze po rovině	nad 50m	15
	s pomocí	10
	na vozíku	5
	nelze	0

Hodnocení:

0 - 40 bodů vysoce závislý v bazálních všedních činnostech

45 - 60 bodů závislý

nad 60 bodů závislost lehčího stupně

80 bodů

8.4.2010 Sudová

Příloha č. 10 Plán ošetrovatelské péče

31. 3. 2010

Oš.diagnóza	Cíl oš.péče	Intervence sestry	Hodnocení péče
Strach z důvodu ohrožení zdraví, z potransplantačních komplikací, projevující se vyjádřením obav a kontrolováním ošetrovatelské péče	Pacient má dostatek informací a udává zmírnění strachu. Pacient zná možnosti zmírnění potransplantačních komplikací.	Navázala jsem s pacientem dobrý vztah. Mluvili jsme o předešlém nádorovém onemocnění, o jeho pocitech strachu a obavách, o tom, jak ho nemoc změnila. Upozornila jsem na možnost, že i přes veškerá opatření se mohou komplikace projevit a společně je budeme řešit. Vypracovala jsem s pacientem Beckovu sebeposuzovací stupnici deprese, která vyšla jako 10, lehká deprese (viz příloha č. 7). Mluvili jsme o vlivu izolace na pacienta, vysvětlila jsem její důležitost. Zjišťovala jsem, co by snížilo obavy pacienta. Dala jsem pacientovi prostor na otázky, na všechny jsem pravdivě odpověděla. Sledovala jsem, zda všemu pacient rozuměl.	Pacient vypadal uvolněně, udával zmírnění úzkosti. Pacient má dostatek informací o možných komplikacích a jejich projevech, což zmírnilo jeho pocit strachu.
Nechutenství v důsledku chemoterapie, projevující se snížením příjmu potravy a úbytkem na váze, změněným vnímáním chuti	Pacient nebude mít známky malnutrice. Pacient bude chápat překážky v příjmu potravy.	S pacientem jsem vypracovala „Nutriční skóre“ viz příloha č. 6. Výsledek 8 bodů znamená nutnou speciální nutriční intervenci. Proto jsem zajistila návštěvu nutriční terapeutky. Pacient si tak může na další dny vybrat ze tří jídel. Doporučila jsem pacientovi vést záznam o příjmu potravy a pravidelně záznamy kontrolovat. Snažila jsem se pacientovi zajistit kašovitou a tekutou stavu (pudinky, polévky). Vedla jsem rozhovor na téma stravování. Upozornila jsem na dietní opatření, viz edukační plán. Sledovala jsem příjem tekutin a zaznamenávala do dokumentace. Vysvětlila jsem pacientovi důležitost přijímání potravy, což má vliv na rychlejší rekonvalescenci.	Pacient nemá známky malnutrice. Pacient chápe nutnost dietního omezení, zná příčinu nechutenství, chápe nutnost příjmu určitých potravin a naopak vyloučení jiných. Pacient vede záznam o příjmu potravy, snaží se dodržovat pravidelný rytmus ve stravování. Snaží se jíst alespoň část přinesené stravy
Změna vyprazdňování moče v důsledku infuzní terapie, projevující se zvýšenou frekvencí močení a nutností vyprázdnit močový měchýř i během noci	Pacient bude chápat důležitost intravenózního podání tekutin a s tím související časté močení.	Pacientovi jsem vysvětlila nutnost podání infuzních roztoků a s tím související časté močení. Pravidelně jsem sledovala a zaznamenávala do dokumentace výsledky bilance tekutin za celý den, váhu ráno i večer, hodnoty CVP, stav hydratace, projevy dehydratace.	Cíl splněn.
Riziko katérové sepse vzhledem k CŽK	Pacient chápe důvod zavedení CŽK. Pacient nemá známky	Pacienta jsem poučila o nutnosti zavedení CŽK. Pravidelně jsem kontrolovala místo zavedení CŽK, sledovala bolestivost a příznaky infekce. Převazy CŽK jsem prováděla přísně asepticky, každý 2. den, nebo	Pacient chápe nutnost zavedení CŽK, je na něj opatrný. Místo vpichu nejvíce známky infekce.

	infekce.	dle potřeby. V dokumentaci jsem kontrolovala převazy a důležitá upozornění ohledně CŽK během mé nepřítomnosti. Pacienta jsem poučila, jak zacházet s CŽK. Poučila jsem pacienta, jak se projevují známky infekce katétru. A že při jakémkoliv takovém problému má ihned informovat sestru.	
Riziko výskytu vedlejších účinků chemoterapie a transplantace (únava, ztráta chuti k jídlu, poškození sliznic trávicího traktu od dutiny ústní po konečník, nevolnost, zvracení, ztráta ochlupení a vlasů)	Pacient bude znát a dodržovat zásady zaměřené na snížení rizika infekce a dalších vedlejších účinků chemoterapie.	Pacient byl uložen na samostatný pokoj, tzv. „box“, na transplantační jednotce, který vyhovuje režimu neutropenika. Pravidelně jsem kontrolovala hladinu neutrofilů ve výsledku vyšetření krevního obrazu, se kterou souvisí snížená obranyschopnost. Pacienta jsem se pravidelně ptala na jeho obtíže, všímala si celkového stavu. Informovala jsem ho o rizicích infekce, o důležitosti dodržování prevence, o důležitosti včasného upozornění na jakýkoliv projev infekce. Pravidelně jsem kontrolovala tělesnou teplotu pacienta, odebírala jsem vzorky krve, moče a stolice, dle ordinace lékaře, na mikrobiologické vyšetření. Pravidelně jsem kontrolovala fyziologické funkce a vše zapisovala do dokumentace. Dodržovala jsem aplikaci profylaktické léčby dle ordinace lékaře. Dodržovala jsem hygienická pravidla (mytí rukou vždy před a po kontaktu s pacientem), důsledně jsem dodržovala desinfekci (rukou, povrchů) a zásady asepse (při podání léků do CŽK, při aplikaci injekcí s. c., při převazu CŽK, při ošetřování očí). Dbala jsem na dodržování režimu „reverzní izolace pacienta“ (nesmí opustit pokoj, používá vlastní sociální zařízení, vlastní pomůcky, dodržuje hygienické zásady a preventivní opatření, kterými jsou pravidelné kloktání, vykapávání očí, zvýšená hygiena dutiny ústní, pokožky, konečníku, pravidelná výměna ložního prádla, zákaz návštěv s projevy infekčního onemocnění) Kontrolovala jsem stav dutiny ústní a projevy infekce (afty), výsledky zaznamenávala do dokumentace. Vizually jsem diagnostikovala mukozitidu 2. stupně (viz příloha č. 8. Kritéria toxicity pro mukozitidu dle WHO). Pacientovi jsem vysvětlila důležitost pečlivé hygieny dutiny ústní, nutnost kloktat. Doporučila jsem vhodné pomůcky k důkladnému čištění zubů (co nejměkčí zubní kartáček, pastu proti paradontóze, ne příliš pálivou, kloktadlo Tantum Verde, jelení lůj na rty). Připravovala jsem kloktadlo dle ordinace lékaře a zajišťovala jeho přítomnost v koupelně. Sledovala jsem, zda ho pacient používá a jak. Poučila jsem pacienta o nutnosti vyhýbat se	U pacienta nedošlo k rozvoji infekční komplikace. Pacient slovně vyjádřil, že chápe nutnost prevence a zvýšené hygieny dutiny ústní. Pacient si osvojil dovednosti potřebné k zachování a obnovení integrity sliznice dutiny ústní.

		horkým a kořeněným jídlům a kyselým šťávám. Zajišťovala jsem dostatečný přísun tekutin a sledovala jejich příjem. Do dokumentace jsem zaznamenávala aktuální stav nemocného, naměřené hodnoty fyzikálního vyšetření a výkony ošetrovatelské péče.	
--	--	---	--

6. 4. 2010

Oš.diagnóza	Cíl oš.péče	Intervence sestry	Hodnocení péče
Akutní bolest břicha v důsledku poškození sliznice trávicího ústrojí po chemoterapii, projevující se křečovitou, tlakovou bolestí břicha, zaujímáním úlevové polohy s pokrčenými nohama, omezením příjmu potravy a tekutin	Pacient bude znát a chápat důvod bolesti. Pacient bude dodržovat předepsanou farmakologickou léčbu. Pacient slovně vyjádří pocit úlevy alespoň o 1 stupeň.	S pacientem jsem vedla rozhovor o křečovitě bolesti břicha, do záznamu o bolesti jsem zapsala lokalizaci bolesti, její trvání, intenzitu, provokační faktory (viz příloha č. 5 Záznam hodnocení bolesti). Pacientovi jsem vysvětlila důvod bolesti břicha (porušená integrita sliznice trávicího ústrojí, včetně žaludku, z důvodu podávání vysokodávkované chemoterapie). Vysvětlila jsem nutnost užívat pravidelnou farmakologickou medikaci na ochranu sliznice žaludku. Pacientovi jsem nabídla podání analgetik dle potřeby a vysvětlila jejich účinek. Pacienta jsem nabádala, aby se snažil trochu pít a sníst alespoň tekutou stravu, což by také mohlo bolest zmírnit.	Pacient zná důvod bolesti a chápe jej. Pacient pravidelně užívá farmakologickou léčbu, ví, že může dostat analgetika. Pacient zaujímá úlevovou polohu a udává úlevu od bolesti o 1 stupeň.
Pálení očí v důsledku vedlejších účinků chemoterapie, projevující se verbalizací problému a častým mrkáním	Pacient chápe důvody a ví, jak si ulevit od pálení očí. Bude si umět vykapat oči. Nerozvinou se infekční oční komplikace.	S pacientem jsem mluvila o příčině pálení očí. Vizualně jsem zkontrolovala stav očí a spojivek a vše zaznamenala do dokumentace. Pacienta jsem edukovala o nutnosti pravidelného vykapávání očí. Zpočátku jsem pacientovi oči vykapávala sama, později si pacient s mou asistencí oči zvládl vykapat. Pacientovi jsem zajistila, aby měl oční kapky vždy u sebe. Pravidelně jsem kontrolovala účinek léčby a pocit úlevy pacienta.	Pacient zná důvod pálení očí, ví, jak si oči vykapávat a pravidelně tak činí. Pacient verbalizuje úlevu od pálení očí po jejich vykapání. Pacient nemá projevy infekce očí.
Porucha tkáňové integrity v dutině	Pacient bude mít	Pravidelně jsem kontrolovala a hodnotila stav sliznic dutiny ústní. Mluvila	Pacient si osvojil hygienická pravidla

ústní v důsledku chemoterapie, projevující se bolestí rtů, dásní a zubů, špatným mluvením a polykáním, omezením příjmu potravy a tekutin, zvýšenou tvorbou slin, bílými povlaky na dásních a jazyku, zarudnutím sliznice dutiny ústní, omezením pravidelného čištění zubů kartáčkem	zmírněné projevy a zhojené poškozené sliznice dutiny ústní. Pacient bude udávat pocit úlevy alespoň o 1 stupeň. Nebudou přítomny infekční komplikace. Pacient bude znát, jak o dutinu ústní správně pečovat.	jsem s pacientem o příčině potíží v dutině ústní, o důležitosti preventivní péče o dutinu ústní (pravidelně kloktat připravené kloktadlo, alespoň 4x denně), doporučila jsem vhodné pomůcky k hygieně (měkký kartáček, nepálivou pastu, nebo žádnou pastu, nepoužívat dentální nit ani irigátor). Kontrolovala jsem pravidelné používání kloktadla, zajišťovala jsem, aby měl pacient kloktadlo vždy k dispozici. Sledovala jsem péči o dutinu ústní i o rty (jelení lůj). Snažila jsem se zajistit vhodnou stravu (tekutou, až kašovitou, ne příliš horkou ani kořeněnou). Doporučila jsem dostatečně pít vhodné tekutiny (ne příliš studené, ani horké, ne kyselé šťávy). Nabízela jsem aplikaci analgetik dle ordinace lékaře a přání pacienta. Pravidelně jsem sledovala projevy infekce v dutině ústní. O všech skutečnostech jsem vedla dokumentaci.	péče o dutinu ústní. Chápe nutnost jejich dodržování. Sám pečuje o rty. Pacient zná důvod omezení ve stravě i nutnost pitného režimu. Projevy poškození sliznice dutiny ústní se nezhoršují. V dutině ústní nevznikla infekce. Pacient sice nepociťuje úlevu, ale ani zhoršení bolesti v dutině ústní.
Změna ve vyprazdňování stolice vzhledem k chemoterapii projevující se častým vyprazdňováním malého množství řídké stolice, bolestí a pálením v okolí konečníku	Pacient chápe příčinu průjmu a s tím související bolest konečníku. Pacient nebude mít bolesti břicha a jiné nepříjemné pocity. Pacient bude mít dostatek informací, jak pečovat o konečník.	S pacientem jsem vedla rozhovor o příčině průjmu, o zajištění dostatečného přísunu tekutin. Sledovala jsem četnost, konzistenci defekace a příměsi ve stolici, bolest, nepříjemné pocity po vyprázdnění střev a vše jsem zaznamenávala do dokumentace. Pravidelně jsem sledovala příjem a výdej tekutin a změny hmotnosti pacienta. Povzbuzovala jsem k dostatečnému příjmu tekutin. Dle ordinace lékaře jsem odebrala vzorek stolice na vyšetření kultivace. Pravidelně jsem kontrolovala stav v okolí konečníku a projevy infekce, vše jsem zapisovala do dokumentace. S pacientem jsem vedla rozhovor o příčině bolesti, o důležitosti zvýšené hygieny konečníku (zvláště po vyprázdnění střev nutné oplachy vodou). Pacientovi jsem nabídla mast Factu, nebo aplikaci čípků Factu k zajištění pocitu úlevy od bolesti.	Pacient slovně vyjádřil pochopení vyvolávajících faktorů průjmu. Pacient ví, jak pečovat o konečník a zabránit tak vzniku infekce a zhoršování bolesti. Použití masti odmítá. Pacient po zajištění zvýšené hygieny po vyprázdnění pocituje úlevu o 1 stupeň
Chronická bolest kotníků a kolene v důsledku snížené fyzické aktivity, projevující se omezením pohybu	Pacient bude chápat příčinu chronické bolesti. Zmírnění bolesti.	S pacientem jsem mluvila na téma chronická bolest, vysvětlila jsem důvod zhoršení bolesti. Pacientovi jsem zajistila obklad, který se mu osvědčil na chronickou bolest. Zajistila jsem klid na lůžku. Pravidelně jsem kladla dotazy na změnu intenzity bolesti.	Pacient zná příčinu bolesti. Pacient udává úlevu od bolesti po aplikaci obkladu s octanem.
Únava následkem terapie, projevují se celkovou slabostí, pocitem	Pacient bude chápat únavu jako vedlejší	S pacientem jsem vypracovala „Test všedních činností ADL dle Barthel“ (viz příloha č. 9), jeho výsledek je 80 bodů, což je lehká závislost.	Únava se prohlubovala, ale pacient základní sebepečí zvládal sám.

slabých nohou, omezením pohybu, pospáváním během dne, změnou režimu v obvyklém čase celkové hygieny, rychlým vyčerpáním Změny na kůži z důvodu léčby cytostatiky, projevující se hematomy, suchou kůží, šupinkami na kůži těla, zvlášť ve vlasech a na nose	účinek onkologické léčby. Nemocný bude schopen sebezpečí při provádění hygieny a oblékání. Podle svých schopností se zapojí do požadovaných činností. Pacient si bude vědom nutnosti změny denního režimu ve prospěch zvýšeného odpočinku.	S pacientem jsem vedla rozhovor o příčinách únavy, o šetření energie, omezení pohybového režimu, nutností dostatečného příjmu živin a tekutin, dostatku spánku a odpočinku. O vlivu únavy na každodenní sebezpečí. Aktivitu (hygiena, převlečení lůžkovin, rozhovor s pacientem) jsem plánovala na dobu, kdy měl pacient nejvíce energie. Stanovila jsem spolu s pacientem reálné cíle v oblasti jeho aktivity (schopnost zajistit hygienu, vyprázdnit se, najíst se). Nebyla patrná fyziologická odpověď na aktivitu. Vypracovala jsem s pacientem plán denních činností, které jsme přesunuli na odpoledne.	Dopomoc odmítal. Pacient odložil základní aktivity sebezpečí na dobu největší energie a byl tak schopný je vykonat.
Změny na kůži z důvodu léčby cytostatiky, projevující se hematomy, suchou kůží, šupinkami na kůži těla, zvlášť ve vlasech a na nose	Pacient bude chápat příčinu projevů léčby na kůži. Pacient bude mít pocit pohody a spokojenosti.	S pacientem jsem hovořila o důležitosti zvýšené péče o kůži, o vedlejších účincích léčby projevujících se na kůži. Zajišťovala jsem dostatek suchých a čistých lůžkovin. Pravidelně jsem kontrolovala stav kůže, kožní turgor, suchost, svědění, šupinatění kůže. Doporučila jsem pravidelné promazávání kůže celého těla hydratačními krémy, zvláštní péči o pokožku obličeje a rtů. Nepoužívat dráždivé šampóny a sprchové gely. Mýt se nejlépe pouze čistou vodou. Vysvětlila jsem vliv příjmu potravy a tekutin na stav kůže.	Pacient zná důvod změn na kůži. Pacient zintenzivnil péči o kůži, cítí se pohodlně a spokojeně.
Riziko poruchy výživy a dehydratace z důvodu sníženého příjmu potravy	Pacient bude mít dostatečný přísun živin, nebude ohrožen dehydratací. Pacient slovně vyjádří pochopení jednotlivých překážek přiměřeného příjmu	Vypracovala jsem s pacientem „Nutriční skóre“. Pacienta jsem edukovala o nutnosti zajištění dostatečného příjmu živin, nabídla jsem mu popíjení Nutridrinků různých příchutí dle vlastního výběru. Pacientovi jsem vysvětlila nutnost zavedení kontinuální parenterální výživy, možné vedlejší účinky. Přesto jsem nabádala pacienta, aby se pokusil sníst alespoň trochu kašovitě stravy. Pravidelně jsem kontrolovala úbytek na váze a výsledek zaznamenávala do dokumentace. S pacientem jsem vedla rozhovor o pitném režimu. Upozornila jsem na rizika spojená se sníženým příjmem tekutin. Pravidelně jsem pobízela pacienta k popíjení tekutin v průběhu dne.	Pacient má zajištěn dostatečný nutriční přísun živin. Pacient chápe příčinu poruchy příjmu potravy. Pacient nemá známky podvýživy a dehydratace.

	potravy. Bude znát příčinu nechutenství a možné alternativy, jak zajistit dostatečný přísun živin.		
--	--	--	--

8. 4. 2010

Oš.diagnóza	Cíl oš.péče	Intervence sestry	Hodnocení péče
Akutní bolest zad z důvodu podávání léku podporujícího obnovu krvevstříby, projevující se verbalizací bolesti, zaujímáním úlevové polohy.	Pacient bude chápat příčinu bolesti zad. Pacient bude pocítovat úlevu alespoň o 2 stupně.	S pacientem jsem vedla rozhovor o příčině bolesti (aplikace Neupogenu). O bolesti jsem vedla záznam, o její lokalizaci, snesitelnosti, frekvenci (viz příloha č. 5 Záznam hodnocení bolesti). Nabídla jsem podání analgetik (Novalgin dle potřeby pacienta), pomohla jsem vyhledat pacientovi úlevovou polohu, doporučila jsem odpočinek.	Pacient zná příčinu bolesti. Pacient pocítuje zmírnění bolesti o 2 stupně po podání analgetik.

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]

